الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة
لدى مرافقي مرضى الفصـام

(دراسة ميدانية بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم)

إعداد الطالب/

إبراهيـم عبد الرحـيم إبراهيـم محمـود

بكالريوس مرتبة الشرف الثانية القسم الثاني في علم النفس

كلية الآداب- جامعة الخرطوم

بحث مقدم إلى كلية الدراسات العليا جامعة الخرطوم
لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس

إشـراف الدكتـور/

سليمـان علـي أحمـد

أستاذ مساعد بقسم علم النفس- كلية الآداب- جامعة الخرطوم

قسم علم النفس- كلية الآداب

يوليو 2008م

بسم الله الرحمن الرحيم

يقول سبحانه وتعالي (ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها قد أفلح من زكاها وقد خاب من دساها)

صدق الله العظيم

سورة الشمس(8)

الإهـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ داء

إلي من في الفؤاد مرساها

والقلب لا يسلاها

والنفس تهواها

والجنة تحت قدماها

إلي والدتي ....

إلي والدي وإخوتي ....

إلي كل من علمني حرفاً ،،،، أساتذتي الأجلاء

إلي من لم يألوا جهداً في المتابعة والإشراف بالتوجيه وإسداء النصح

والإرشاد معلماً رؤوفاً وأخٌ فاضلاً د. سليمان

اهدي ما وفقني الله في كتابته

الشكر والتقدير

الشكر أولاً لله وحده لا شريك له والذي بفضله تتم الأعمال الصالحات والحمد لله الذي وفقني في أتمام هذا البحث.

والشكر كل الشكر إلى كل إنسان وقف معي في أخراج هذا العمل، وأسوق الشكر أجزله وأكمله لأستاذي الجليل الدكتور سليمان علي أحمد الذي قام بالأشراف على هذا البحث. فكم استقطعت من وقته الغالي سائل ومستفسر ومستعينا ومستهدي بآرائه وأفكاره وار شادته النيرة التي كان لها الأثر الفاعل في أخراج هذا البحث، وأقدر له مجهوداته التي لولاها من بعد فضل الله لما خرج هذا البحث على هذا النسق والمنوال. والشكر موصول إلى أسرة جامعة الخرطوم وكلية الآداب واخص منهم شعبة علم النفس وكل العاملين بها والى أساتذة علم النفس بمختلف الجامعات الذين قاموا بتحكيم مقاييس هذه الدراسة لما قدموه لي من مساعدات وتوجيهات قيمة، والى زملائي بمهنة العلاج النفسي بالمستشفيات المختلفة ومساعدتهم لي في جمع المعلومات، وشكري وتقديري موصول إلى الأستاذة أمونه تاج السر لما قدمته من دعم ومساندة والشكر موصول إلى الأستاذة: ريم إبراهيم أحمد عبد الكريم والأساتذة: عبد الله أدم عبدا لله ومحمد هارون عثمان بمركز الترجمة واللغات جامعة جوبا. والأستاذ البراء محمد إسماعيل الذي قام بالمراجعة اللغوية.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر إلى أسر مرضى الفصام بالمستشفيات المختلفة والى مجموعة مساندة أسر المرضى النفسانيين. والشكر موصول أيضا إلى أمناء المكتبات ومراكز المعلومات التي تحصلت منها على بعض المعلومات.

وختاماً شكري لكل من أسهم في إنجاز هذا البحث وعلى وجه الخصوص أفراد أسرتي جمعياً الذين ظلوا سنداً ودعماً لي حتى اكتمل هذا البحث.

مستخاص الدراسة باللغة العربية

هدفت هذه الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام وعلاقتها بنوعية الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية(النوع، العمر، التعليم، والحالـة الاجتماعيـة). اسـتفاد الباحث من المنهج الوصفي التحليلي ، وتكونت عينة الدراسة من (100) مفحـوص (43 مـن الذكور، و57 من الإناث) من المرافقين لمرضى الفصام بمستشفيات الصحة النفسية الحكوميـة بولاية الخرطوم. استخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية للمـرافقين بالاسـتفادة مـن مقيـاس الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالعلل الدماغية الذي أعده مبارك الشيخ 2006، ومقيـاس نوعية الحياة للمرافقين بالاستفادة من مقياس نوعية الحياة لدى مرضى الاكتئاب الذي أعدته مها عبد الرحمن 2002. تم تحليل بيانات الدراسة بواسطة برنـامج التحليـل الإحـصائي للـنظم الاجتماعية(SPSS) بالمعالجات الإحصائية التالية:- الفاكرونباخ، اختبار (ت)، تحليـل التبـاين الأحادي، معامل ارتباط اسبيرمان ألرتبي، اختبار المقارنات المتعددة شيفية، وتوصلت الدراسـة للنتائج التالية:

تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بالارتفاع. توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام. لا توجد فـروق فـي الـضغوط النفسية بين الذكور والإناث من مرافقي مرضى الفصام. وجود علاقة ارتباطيـه طرديـة فـي الضغوط النفسية لمتغير المستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام. لا توجد فـروق فـي الضغوط النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرافقي مرضى الفصام. توجـد فـروق فـي الضغوط النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام لصالح الأرامـل على المنفصلين توجد فروق في نوعية الحياة بين الذكور والإناث المرافقين لمـريض الفـصام لمصلحة الذكور. توجد علاقة طردية في نوعية الحياة للمـستوى التعليمـي لمرافـق مـريض الفصام. لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى للحالة الاجتماعية لمرافق مريض الفصام. وفـي نهاية الدراسة قام الباحث بتقديم بعض التوصيات والمقترحات بدراسات مـستقبلية ذات صـلة بنفس الموضوع وتثبيت أهم المصادر التي استعان بها.

ABSTRACT

This study tries to investigate correlation between psychological stress with quality of life among Schizophrenics co- patients in the light of some demographic variables i.e. (Gender, Age, Educational level, and Social status). Descriptive method is applied to fulfill the objectives of the study. The sample consist of (100) subject: (43) male co- patients, and (57) female, simple random selection was applied in selecting this sample. Psychological stress scale (designed by Mubark Elshakh 2006) and quality of life scale (designed by Maha Abdelrahman 2002) applied in collecting the data of this study. Data manipulated by using statistical package for social sciences (SPSS) by applying (T) test, Spearman Correlation Coefficient , one way analysis of variance. The most important results of the present study can be summarized in the following points:

Psychological stress among schizophrenic's co-patients is statistically high.

There is a positive statistical significant correlation between psychological stresses with the quality of life among schizophrenics' co-patients.

There is a positive statistical significant correlation between psychological stresses with the educational level of schizophrenic's co-patients.

There is no significant difference in psychological stress according schizophrenics co-patients gander (Male, female).

There is no significant difference in psychological stress among schizophrenics co-patients according to age level.

There is no significant difference in psychological stress among schizophrenics co-patients according to social status.

There is significant difference in the quality of life according schizophrenics co-patients gander: Male, female (male benefits).

There is a positive statistical significant correlation between the quality of life with the educational level of schizophrenic's co-patients.

There is no significant difference in the quality of life among schizophrenics co-patients according to social status.

Finally, recommendations and suggestions for further studies, and references were cited at the end of the study.

فهرس الموضوعات

فهرس الجداول والملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم

مـقـــدمـــة

إن الحياة تكون سهلة إذا كانت حاجتنا مشبعة لحد متوسط، ولكن مما لا شك فيه أن هنالـك موانع شخصية وبيئية تعوق سهولة هذه الحياة. وهذه الموانع تعوق سير حياة الفرد وتقـوده إلـي الضغط النفسي. وأوضح موسى جبريل (1995- 467) أن الضغط النفسي يسهم في كثيـر مـن الأمراض الجسدية لدى الأفراد، منها اضطرابات القلب والقرحة ، وارتفاع ضغط الدم . كما تبين وجود صلة بين الضغط النفسي ومشكلات الصحة النفسية مثـل القلـق والاكتئـاب ومحـاولات الانتحار ، وانخفاض الأداء الأكاديمي والأداء في العمل .

ويرى أبو الفداء حمد (1994- 35) أن إنسان هذا العصر الحديث يواجه الكثير من التـوتر والقلق النفسي لما يتسم به إيقاع الحياة المعاصرة من سرعة وتلاحق يجعلنا دائمـاً نلهـث وراء النجاح وتحسين نوعية حياتنا ونخشى الفشل فنتصارع من أجل مزيد من إشباع إحتياجاتنا المادية والمعنوية. فكان من الطبيعي وجود فروق بين إنسان وأخر في أسلوب مواجهته لهذه المواقـف وبالتالي هنالك اختلاف في درجة القلق والتوتر الذي يعانيه طبقاً للسن والجنس والمستوى التعليمي والثقافي. فالاصابة بالأمراض تغير في نمط حياة فتدعوه الي القلق والاكتئاب بسبب مـا اصـابه وذلك بالتفكير في تكلفة العلاج ومصاريفه وغيرها من شئون الحياة وخـصوصا اذا كـان هـذا المرض مرضاً مزمناً سواء مرض عضوي أو نفسي وهنا يكون التأثير كبيراً.

وأن مرض الفصام من أخطار الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وتسبب له المـشاكل التي تبعده عن أهله وأصدقائه وتدفعه إلي العزلة والانطواء على ذاته ليسبح في أحلام خياليـة لا تمت إلي العالم بصلة ، وليس فقط المرضى ولكن كذلك أسـرهم وأصـدقائهم يتـأثرون بـسبب المرض كلا بطريقة ما، ومعاناتهم لا تقاس حيث يعاني 10- 13% من أسر مرضى الفصام من مشاكل واضطرابات وجدانية ومعاناة اقتصادية ومادية بسبب أن أبنائهم لا يـستطيعون الاعتمـاد على الذات وتحمل أعباء حياتهم ويظلون معتمدين على أسرهم لفترة طويلة أو مدى الحياة . ونجد إن كثير من الأسر تعمل على عزل نفسها ومريضها من المجتمع وذلك خوفاً من إثارة المـشاكل التي يسببها لهم سلوك المريض مع أفراد المجتمع أو أن يؤذي نفسه ، وكذلك خوفاً مـن نظـرة الناس إليهم ، والأسر غالبا ما تلوم نفسها أو يلومون بعضهم بأنهم السبب في حدوث هذا المرض.
(http://www.alfesam.com/index.php2peg:man-nohareb.alwasms.)

مشكلة الدراسة :-

نجد إن كثير من الأسر تعمل على عزل نفسها ومريضها من المجتمع وذلك خوفاً من إثارة المشاكل التي يسببها لهم سلوك المريض مع أفراد المجتمع أو أن يؤذي نفسه ، وكذلك خوفاً مـن نظرة الناس إليهم ، بالإضافة الي عجزها عن الإيفاء بمتطلبات العلاج العالية التكلفة والتي تستمر إلي فترات طويلة تتخللها الكثير من الانتكاسات التي يكون للأسر دورا كبير فيهـا وذلـك بعـدم الاهتمام بالمريض والمتمثل في النقد الكثير الموجه إليه بسبب سلوكه ومطالبتهم له بتغيـر ذلـك بالإضافة إلي عدم الاهتمام بانتظام تناول المريض للعلاج، وتظهر على مرافقي مرضى الفـصام عند الحضور للمستشفى الكثير من اعراض القلق والانفعال الشديد والشكوى من غـلاء العـلاج وعدم الاهتمام به وفي البدء يعتقد بانه هو المريض وثم يظهر بانه اتى مرافقا وليس مريضاً ومن هنا ظهرت مشكلة الدراسة والتي تتلخص في الكشف عن العلاقة بين الضغوط النفـسية ونوعيـة الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطـوم. والإجابـة علـى الأسئلة التالية:-

1- ما هي السمة العامة المميزة للضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام ؟
2- هل توجد علاقة ارتباطيه بين نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام ؟
3- هل توجد فروق بين الضغوط النفسية والنوع(ذكور وإناث) لدى مرافقي مرضى الفصام ؟
4- هل توجد علاقة بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام ؟
5- هل توجد فروق بين الضغوط النفسية والفئة العمرية لدى مرافقي مرضى الفصام؟
6- هل توجد علاقة بين الضغوط النفسية والحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام؟
7- هل توجد علاقة بين نوعية الحياة والنوع(ذكور وإناث) لدى مرافقي مرضى الفصام؟
8- هل توجد علاقة بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام؟
9- هل توجد فروق بين نوعية الحياة والحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام؟

أهمية الدراسة :-

وقع اختيار الباحث لهذا الموضوع نسبة للاتي:-

1- لان مثل هذه الدراسات حديثة التناول في الدول العربية ويكاد السودان يخلو من مثـل هـذه الدراسات المهمة في حدود علم الباحث.

2- إلقاء الضوء على المشكلات التي يتعرض لها مرافقي مرضى الفـصام المتـرددين علـى مستشفيات الطب النفسي والتي تسبب لهم الكثير من الضغوط النفسية والحياتية لهم ولمرضـاهم .

3- كما أن للدراسة جوانب نظرية مهمة تتمثل في إمداد المكتبة السودانية بدراسة جديدة في هـذا المجال تفيد كل من يريد أن يدرس في هذا المجال.

4- كما أن لها جوانب عملية تتمثل في الكشف عن الصعوبات والمشاكل التـي تواجـه مرافـق مريض الفصام في المستشفيات والعمل على إزالتها وحلها حتى تستطيع المستشفى تقـديم خدمـة أفضل للمريض وأهله وذلك من خلال التوصيات التي تظهر في نهاية هذه الدراسة.

5- ادخال نوعية الحياة في عملية العلاج النفسي للمرضى وذلك بادخال مقاييس نوعية الحياة في عملية العلاج بالمستشفيات المختلفة.

أهدف الدراسة :-

تهدف الدراسة للتعرف على الأتي:-

1- التعرف على الضغوط النفسية التي يتعرض لها مرافقي مرضى الفصام المترددين بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم .

2- التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لـدى مرافقـي مرضـى الفـصام المترددين على مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم .

3- التعرف على الفروق في الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بين الذكور والإناث .

4- التعرف على الفروق في الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضـى الفـصام والفئـة العمريـة للمرافقين.

5-التعرف على الفروق في الضغوط النفسية التي تعزى للحالة الاجتماعية لدى مرافق مرضـى الفصام.

6- التعرف على العلاقة في الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى والمستوى الأكاديمي للمرافق.

7- التعرف على علاقة ارتباطية نوعية الحياة لدى مرافقي مرضـى الفـصام ومتغيـر النـوع للمرافق.

8- التعرف على علاقة نوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام والمستوى التعليمي للمرافق .

9- التعرف على علاقة نوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام والحالة الاجتماعية للمرافق.

فروض الدراسة :-

1- تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بالارتفاع .

2- توجد علاقة ارتباطيه بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

3- توجد فروق بين الضغوط النفسية ونوع لمرافق لمرضى الفصام (ذكور وإناث).

4- توجد علاقة أرتباطية بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لمرافقي مرضى الفصام.

5- توجد علاقة أرتباطية بين الضغوط النفسية وعمر المرافق لمرضى الفصام.

6- توجد فروق بين الضغوط النفسية والحالة الاجتماعية لمرافقي مرضى الفصام.

7- توجد فروق في نوعية الحياة بين الذكور والإناث لدى مرافقي مرضى الفصام.

8- توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لمرافقي مرضى الفصام.

9- توجد فروق بين نوعية الحياة والحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام.

حدود الدراسة:-

الحدود المكانية:- مستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم(مستشفى التجاني الماحي- مستشفى الخرطوم قسم الطب النفسي- مستشفى بحري العصبية)

الحدود الزمانية:- الفترة من 2007- 2008

مصطلحات الدراسة:-

الضغوط النفسية:-

عبد الستار إبراهيم(2002، 504) أن: مفهوم الضغط النفسي في ابسط معانيه إلـي أي حدث أو مجموعة أحداث أو مشكلات خارجية أو ذاتية من شانها أن تؤدي إلي التوتر والاستجابة الانفعالية الحادة والدائمة .

ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقيـاس الضغوط النفسية المعد لهذه الدراسة.

نوعية الحياة :-

تعرفها وحدة أبحاث نوعية الحياة بجامعة تورنتو (2000) بأنها الدرجة التـي يـستمتع فيهـا الشخص بالإمكانيات الهامة في حياته وتنتج الإمكانيات عن الفرص والقيود في حيـاة الـشخص والتي تعكس تفاعله مع العوامل الشخصية والبيئية .

وتعرف إجرائيا في هذه الدراسة على أنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقيـاس نوعيـة الحياة المعد لهذه الدراسة.

الفصام:-

يذكر حامد زهران(2005، 533) أن: الفصام هو مرض ذهاني يؤدي إلي نقص انتظـام الشخصية والي تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصام عن الواقع الخـارجي ، وانفـصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعش في عالم خاص بعيداً عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر. والفصام يعني أيضا تفكك الذات.

مرافقي مرضى الفصام :-

ويعرفهم الباحث بانهم هم الأفراد المرافقين لمريض الفصام الذين يحضرون معـه للمستـشفى لممرضته أثناء فترة العلاج .

مستشفيات العلاج النفسي:-

هي المستشفيات الحكومية والتي توجد بها أقسام للعلاج النفسي وتقوم بحجز المرضى النفسانيين بعنابرها وخاصة المرضى الذهنيين.

المبحث الأول :

مـرض الـفـصـام

مقدمــة:-

يذكر أحمد عكاشة (2003، 297) أن: مرض الفصام يصيب حوالي 1% إلـي 1.5% مـن الناس في دول العالم ،ويصيب الفصام حوالي 85.% – 3 % من المجموع العام للـشعب وهـذه نسبة خطيرة إذا أخذنا في الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الـشباب والنـضوج أي فترة العمل والدراسة والازدهار الفكري ، وهو بالتالي يؤثر على الاقتصادية والاجتماعية ، حيث انه يؤثر على ساعات العمل وارتباط العائلة ، فضلاً على تفكك الأسرة ويـؤدي إلـي الانطـواء وأحيانا إلي سلوك إجرامي مضاد للمجتمع، ويمثل مرض الفـصام حـوالي 60 – 70 % مـن المرضى نزيلي مستشفيات العقول

يذكر حامد زهران (2005، 534) أن: الفصام مـن أكثـر الأمـراض انتـشاراً، ويكـون المفصومين أغلبية مستشفيات الأمراض العقلية، فهم يكونون حوالي 25% - 33% مـن الـذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة. وقد تبلغ نسبة المفـصومين حـوالي 50% مـن المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية .

يذكر عكاشة (2003، 298) أن: البعض كان يعتقد أن الفصام لا يظهـر فـي المجتمعـات النامية ، وانه يترعرع مع الحضارة، ولكن ثبت خطأ هذا الظن، لان الدراسات أشارت إلي وجوده بالنسبة الموجودة نفسها في الأماكن المتحضرة. ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية والحضارية والاجتماعية ؛ فمثلا تصل النسبة في السويد إلي 3% من مجموع الشعب وهي اعلي النسب العالمية ويعود ذلك لصدق وثبات الإحصاء وسهولة الحصول على البيانات اللازمـة فـي البلدان المتقدمة . وقد وجد زهران أن نسبة الفصام بين عيادة الطب النفسي بمستـشفيات جامعـة عين شمس حوالي 15.5 % من كل الحالات وهي بالطبع تختلف عن إحـصائيات المستـشفيات العقلية، نظراً لان الأخيرة تستقبل حالات منتقاة من الذهان، وقد وجد طه بعـشر وزمـلاؤه فـي السودان إن النسبة لديهم حوالي 12.2 % من مجموع المترددين على العيادة الخارجية .

ويشير حامد زهران (2005، 534) أن: الفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة واحدة، فقـد توقع الباحثون أن تزيد النسبة لدى الرجال نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة وأعبـاء العمـل ولكن هذا لا يمنع من أن يزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين ، وبين النساء بعد هـذه السن . تظهر معظم حالات الفصام بين سن 15 – 40 سنة وتصل أقصاها فـي أواخـر العقـد الثالث. وقد تبين من الدراسات المختلفة أن مرض الفصام ينتشر في الأماكن المكتظـة بالـسكان،

حيث الفقر ، والجريمة والتعطل والانحرافات الاجتماعية الأخرى، كما أن 40% مـن الحـالات تظهر في الطبقات ذات المستوى الأدنى، كما أن المرض أكثر انتشاراً في غير المتزوجين، كمـا إن البعض يعزو ذلك إلي المهيئين وراثياً لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلي الانسحاب من المجتمع والعزلة والانطواء مما يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم.

تعريف الفصام

يذكر احمد عكاشة(2003، 296) أن: مصطلح السكيزوفرنيا وضعه بلويلر عام 1911م يتكون من لفظين هما سكيز ومعناها الانقسام أو التجزئة أو الانفصال وفرنيا ومعناها العقل، أي انفصال أو انقسام العقل وليس الشخصية كما يعتقد الكثير من عامة الناس وقد جاءت هذه التـسمية لتحـل مكان الخرف المبكر الذي وضعه العالم (كربلاين) عام 1899م اعتقادا منه انه مـرض يتميـز بالخرف يبدأ في سن مبكرة أي بعكس خرف الشيخوخة.

وقد عرف بلويلر الفصام على انه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنـا وأحيانا أخرى نوبات متكررة ، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض فـي أي مرحلـة ، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصـة فـي التفكيـر، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر.

ويذكر حامد زهران(2005، 533) أن: الفصام هو مرض زهاني يؤدي إلـي نقـص انتظـام الشخصية والي تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصام عن الواقع الخـارجي ، وانفـصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعش في عالم خاص بعيداً عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر. والفصام يعني أيضا تفكك الذات.

يعرف عبد الرحمن العيسوي (1982) أن: المقصود بالشيزوفرنيا حالة الفصام العقلي التـي تتميز بالبلادة، والانسحاب من المجتمع ومن الحياة الاجتماعية العادية. وتبعا لتعريف سترانج فان الفصام اضطراب عقلي أو ذهان عقلي من الأمراض الوظيفية أي تلك الأمراض التي لا ترجـع إلي اضطرابات عضوية فجسم الإنسان ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط ويهتم استرانج بإظهار عرضين من أعراض المرض هما الانسحاب من الحياة الاجتماعية والـبلادة أو فقدان الإحساس. كما يعرف سانفورد بأنه احد الأمراض العقلية وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عـن عالم الحقيقة وفي الغالب يتضمن هذا المرض البعد عن عالم الحقيقة وفي الغالب يتـضمن هـذا المرض البعد عن عـالم الحقيقـة والهـلاوس، والأفكـار الزائفـة أو الهـذيان، والانـسحاب، والاضطرابات الحادة في الحياة الانفعالية عند المريض. ويشير جيمس دريفر في تعريفـه إلـي خاصية أخرى للفصام هي وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية.

أما تعريف الجمعية النفسية الأمريكية فهو اضطراب زهاني تظهر فيه الأعـراض الذهانيـة بصورة حادة وتستمر فترة ستة أشهر على الأقل مع وجود خلل مهني وانسحاب اجتماعي.

وفي التصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD.10) لمنظمة الصحة العالمية (1991) بتعريـف الفصام كمجموعة أمراض، تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام باضـطراب أساسـي فـي الشخصية، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك وكذلك في المشاعر التي تكـون غيـر سـوية ومتبلدة وعادة مايبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين وان كان يظهر بعـض مظـاهر القـصور المعرفي مع مرور الوقت. ويمكن إيجازه في :

هو مرض عقلي جسيم يتميز بأعراض متنوعة من أهمها الانسحاب من الواقع، والميـل إلـي تفكك الشخصية؛ أي تباعد كل جزء عن الجزء الآخر، وكذلك عدم اتساق الوظائف النفـسية مـع بعضها البعض وأخيرا الميل إلي ظهور أعراض سلبية تدل على اضـمحلال القـدرات العقليـة تدريجيا إذا لم تعالج علاجا صحيحا.

أعراض الفصام :-

يذكر احمد عكاشة (2003، 317) أن: أعراض الفصام تختلف من مريض لأخر حسب شـدة المرض . فأحيانا ما نجد كل هذه الاضطرابات في مريض واحـد، وأحيانـا تقتـصر أعـراض المريض على اضطراب واحد. ويعتقد كثير من الدارسين للطب النفسي أن الضلالات والهلاوس أعراض مميزة لمرض الفصام، وهذا غير صحيح لان هذه الأعراض تظهر فـي جميـع أنـواع الذهان الوظيفي والعضوي ، ومن ثم فان الأعراض الأوليـة والمهمـة لمـرض الفـصام هـي اضطرابات التفكير والوجدان والإرادة، وكل ماهو غير ذلك فهو ثانوي.

ويذكر حامد زهران (2005، 536-538) إن: الأعراض العامة للفصام هي :

1/ البعد عن الواقع والاستغراق في الذات (يعيش المريض سجينا داخل نفسه كما لو كـان فـي جزيرة منعزلة تملؤها أوهامه وخيالاته، وهي بالنسبة له حقيقة. ويكون مقطـوع الـصلة بعـالم الواقع، لا يرى الواقع الموضوعي) والعيش في عالم خيالي من صنع المريض(يعتبره أحسن من الوضع الأليم) لا يرى ولا يسمع إلا هلاوسه، وتتحول أوهامه وهلاوسته إلي سلوك، ولا يـستطيع المريض التمييز بين الحقيقة والخيال، ولا يهمه ذلك في شئ.

2/ الهلاوسات السمعية، الهلاوسات البصرية، الهلاوسات الشمية، الهلوسـات اللمـسية، الهلوسـات الذوقية، الهلاوسات الجنسية. وهذه بالنسبة للمريض حقيقة يستجيب لها سلوكياً.

3/ الهذاء مثل هذاء الاضطهاد وهذاء العظمة، وهذاء توهم المرض، وهـذاء المرجـع وهـذاء الإشارة أو التأويل أو التلميح وهذاء الأهمية، وهذاء تغير الشخص وفقدان الـشعور بالشخـصية وشعور المريض بان إحساساته وأفكاره ورغباته غريبة عنه.

4/ اضطراب الانفعال مثل التذبذب والتناقض الانفعالي، والتبلد الانفعالي وعدم التجاوب الانفعالي وعدم القدرة على الاتصال الانفعالي بالآخرين وسطحية الانفعال، والخمول والنمطية، والانفعالات الكاذبة وغير المناسبة والانحراف الانفعالي، وشـدة الانفعـال والفـزع والهيـاج لأقـل مثيـر والانفجارات الانفعالية اللاإرادية، والمبالغة في الانفعال والاكتئاب والانسحاب والسلبية والنكوص المرضي، وفقدان الإحساس بالعواطف الراقية كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية.

5/ التدهور العقلي المعرفي وصعوبة التفاهم مع المريض ونقص تعاونه .

6/ اضطراب التفكير: اضطراب في محتوى التفكير، واضطراب مجـرى التفكيـر واضـطراب ترابط التفكير، واضطراب التحكم في التفكير، واضطراب التعبير عن التفكير سلوكياً، واضطراب الذاكرة وخاصة بالنسبة للإحداث الحديثة، واضطراب الانتباه وضـيقه والتركيـز علـى الـذات واضطراب الوعي وشعور المريض بأنه يفقد عقله.

7/ اضطراب الكلام وعدم منطقيته، وعدم تماسكه، والسلاطة الكلامية والإجابات النمطية وغيـر المتعلقة بالموضوع، والإجابات وحيدة المقطع في صوت نمطي رتيـب بعـد تكـرار الـسؤال، والصادة (أي تكرار أقوال الآخرين) وابتداع كلمات أو مبادئ جديدة (لغة جديدة).

8/ الذاتية المطلقة والانطواء والاستبطان والاستغراق في أحلام اليقظة، واللامبالاة ونقص الميول والاهتمامات والاستسلام لمشكلات الحياة، واضطراب العلاقات الشخصية واضطراب الاتـصال الاجتماعي وسواء التوافق الاجتماعي والأسري وفقدان الاهتمام بالبيئة.

9/ الضعف الجسمي ونقص الوزن.

10/ اللازمات الحركية وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين، والأوضاع الجـسمية الغريبـة الشاذة التي قد تستمر لفترات طويلة، والمحاركة (أي تقليد الآخرين) والتأخر الحركي والنمطيـة والجمود أحيانا.

11/ فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي وإهمال النفس .

12/ نقص البصيرة وعدم إدراك المرض العقلي .

13/ اضطراب الإرادة وضعفها والتردد والتناقض وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والسلبية في السلوك وقابلية الإيحاء وعدم القدرة على ضبط النفس والاعتقاد بأنه واقع تحت تأثير السحر وانه مسلوب الإرادة.

14/ اضطراب السلوك الجنسي وعدم التحكم فيه مثل الاستعراض الجنسي أو جماع المحـارم أو البغاء .

15/ غرابة السلوك العام وعدم ثباته، والسلوك المضطرب الانـدفاعي غيـر الهـادف والآليـة، والتناقض السلوكي الغريب مثل التدين والفسق في نفس الوقت.

أنواع الفصام :-

يذكر أحمد عكاشة(2003، 340-364) أن: العلماء يختلفون في تصنيفهم لمرض الفـصام، بل وتختلف الدول في تقسيمها لهذا المرض. وقد حاول كريبلين 1899م تقـسيمه إلـي الفـصام الكتاتوني، والهيبرفريني والبارانوي، ثم أضاف بلويلر1911م النوع الرابع وهو الفصام البسيط ويذكر احمد عكاشة إن هذا التصنيف أكاديمي، لأنه نادراً ما نجد حالة نستطيع أن نفصلها فـصلاً تماما عن بقية الأنواع نظراً لتشابك الأعراض وظهورها نوبات مختلفة. وتوجد عدة أنـواع مـن التصنيف فمثلاً :-

1-الفصام النووي : ويعنى به البسيط والمراهقة ويتميز بالاتي :

أ- الظهور المبكر

ب- التدهور البطئ

ج- قوة العامل الوراثي

د- الاستجابة الضعيفة للعلاج .

2- الفصام الطرفي : ويضم الفصام الكتاتوني البارانوي ويتميز بالاتي :

أ- الظهور المتأخر

ب- اقل عرضة للتدهور

ج- قوة العامل البيئي

د- الاستجابة الحسنة للعلاج

ويفضل العلماء الأوروبيون تقسيم الفصام إلي :

أ- الفصام الأصلي وينتهي بالتدهور التام مع عدم الاستجابة للعلاج

ب- الفصام التفاعلي ويبدأ بعد إجهاد معين فجأة ويشفى بالعلاج.

وأخيرا التقسيم الجديد:

النوع الأول: الايجابي :-

ويتميز بأعراض ايجابية من هلاوس وضلالات، وسببه التغيرات الكيميائيـة فـي الموصـلات العصبية خاصة الدوبامين وحديثاً السيروتونين، ويستجيب للعلاج بالعقاقير

النوع الثاني: السلبي :

يتميز بأعراض سلبية من انطواء وفقد الكلام والإرادة، وانعدام المباهج، وسببه تغيـرات فـي نسيج المخ، وكان سابقا لا يستجيب للعلاج بكافة أنواعه، أما حاليا فتصل الاستجابة للعلاج الحديث مابين 60 – 70 %

النوع الثالث: التفسخي وغير المترابط :-

ويتميز بخلل في التفكير والسلوك وعدم الترابط.

وقد أوضح تصوير المخ بالمواد المشعة اختلاف الأنواع الثلاثة (1996).

وفي عام 1992م اتفقت هيئة الصحة العالمية على تقسيم الفصام على :-

1- الفصام البسيط
2- الفصام الهيبفريني(البلوغ- المراهقة)
3- الفصام الكتاتوني(ألجمودي – ألتخشبي)
4- الفصام البارونى (الزوراني – الضلالي)
5- الفصام الغير المميز
6- اكتئاب مابعد الفصام
7- الفصام المتبقي
8- الفصام الوجداني
9- أنواع أخرى غير محددة

1/ **الفصام البسيط** :- وهو من أصعب الأنواع تشخيصاً نظراً لغيـاب الأعـراض الـشديدة، وصعوبة تفرقته عن بعض الأمراض الأخرى أو اضطرابات الشخصية ويتميز بالاتي :

أ/ يبدأ في سن مبكرة بين 15 – 25سنة ، ويزحف ببطء وتدريجياً، حتى ينتهي بتدهور مستمر في نوع الشخصية.

ب- يتميز هذا النوع باضطرابات الوجدان والإرادة ولا يظهر أي أعراض كتاتونية أو ضـلالات أو هلاوس، ويحتمل وجود بعض الاضطرابات البسيطة في التعبير عن التفكير كصعوبة التركيز وضعف التفكير التجريدي.

ج- ينتشر هذا النوع وسط أقرباء مرضى الفصام وموظفي الدرجتان الـسفلى وبـين المـدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيا كما يكثر بين متوهمي العلل البدنية. نظرا لصعوبة تشخيص وندرة

وجود هذا النوع في البلاد الصناعية ، فقد الغي التصنيف الأمريكي هذا النوع واستبدله باضطراب الشخصية المسمى بالطابع الفصامي.

2/ **الفصام الهيبرفريني(البلوغ – المراهقة)** تتجمع في هذا النوع كل الأعراض السابقة ذكرها ، ويبدأ هذا النوع في سن مبكرة ويزحف ببطء وان لم يعالج ينتهي بتدهور تام في الشخصية واهم ما يميز هذا النوع :-

أ- اضطراب التفكير (صعوبة التركيز، وعدم الترابط الأفكار، خلل في التفكير المجرد، هامشية الإجابة عن الأسئلة والالتفاف حول المعنى ...الخ)

ب- اضطرابات الإرادة

ج- اضطراب الوجدان من التبلد إلي عدم التناسب الانفعالي.

د- الضلالات المتغيرة وأحيانا الهلاوس السمعية .

ه- اضطرابات السلوك مع تصرفات اندفاعية تلقائية غريبة وغير مفهومة .

و- تأرجح بعض الأعراض القهرية الغامضة وتتحول أحيانا إلي ضلالات وهلاوس .

ز- اختلال الآنية والعالم الخارجي حيث يبدأ المريض في الشعور بأنه قد تغير وان منظوره وسيره وسلوكه ليس كما كان وان العالم حوله تغير ويبدأ الإحساس وكأنه في حلم دائما.

ح-يبدأ المرض أحيانا بطريقة غامضة قبل ظهور الاضطرابات السابق ذكرها مثل العلل البدنية وتركيز على العادة السرية والطمث والخوف من الأمراض وغيرها.

3- **الفصام الكتاتوني (ألجمودي – ألتخشبي)** :-

يبدأ في سن متأخرة عن البسيط والمراهقة 20 – 40 سنة ويتميز باضطراب الحركة، وعادة ما يتحسن مع العلاج، واهم أعراضه الاضطرابات الكتاتونية مع ملاحظة أن هذه الأعراض تظهر مع أمراض نفسية وعضوية أخرى.

4- **الفصام البرانوي(الزوراني – الضلالي)**:-

يعتبره البعض نوعا منفصلا من الفصام نظرا لا اختلافه عن بقية الأنواع في كثير من المظاهر، فاثر العوامل البيولوجية والوراثية ضعيف، وتلعب البيئة دورا مهما في نشأته، ويبدأ في سن متأخرة بعد سن الثلاثين ، كذلك تقل نسبة التدهور الاجتماعي في الشخصية ويتميز اكلينكيا بالضلالات والهلاوس دون الاضطرابات الأخرى للفصام. يميل المريض إلي إنكار أعراضه التي لا تظهر إلا بعد الإثارة وتغلب على هذا الضلالات الثابتة نسبيا وتصاحبه هلاوس سمعية واضطراب إدراكي،ومن أمثلة الأعراض الزورانية(البارانودية) :-

(1) ضلالات الاضطهاد والإشارة أو المولد الرفيع أو المهمة الخاصة

(2) هلاوس سمعية تهدد الفرد أو تعطيه أوامر أو هلاوس سمعية دون محتوى كلامي مثل الصفير أو الهمس أو الضحك.

(3) هلاوس شميه أو تذوقية أو إحساسات جنسية أو جسدية أخرى، وقد تحدث هلاوس بصرية نادرة

(4) قد يكون اضطراب التفكير شديدا في الحالات النادرة

ويجب التميز بين الفصام البارانويدي وبين المترادفات التالية ، والتي يندر استعمالها:

1- **البارانويا**:-

وهي حالة نادرة إلي حد ما وتتميز بوجود ضلالات دون هلاوس أو تدهور في الشخصية. وتتميز هذه الهذاءات بقوتها وترتيبها وتنسيقها وكثيرا ما تجد أتباعا لهولاء المرضى يؤمنون بالاعتقاد نفسه ، مثل شخصية هتلر . وتكون شخصية المريض مسيطرة وطاغية وأنانية، لا تحترم في داخلها عواطف الأفراد ولو أنهى يحاول تمثيلها ظاهريا ويملك مقدرة فائقة على الإقناع.

2- **البارافرنيا (حالة البارونيا المتأخرة)** :

تبدأ في سن متأخرة عن البارانويا، ويعتقد البعض أنها نوع من فصام الشيخوخة وعادة ما تبدأ بعد سن الأربعين وهي أكثر انتشارا عند النساء وتتميز بالضلالات والهلاوس مع ترابط وعدم تدهور الشخصية. وكثيرا ما تصاحب البارافرنيا أعراض اكتئابية. وكثير من المرضى يأتون وهم مقتنعون بأنهم أنبياء الله أو المهدي المنتظر، وأنهم مرسلون لهداية الناس بدين جديد.

5- **فصام غير مميز** :-

هي حالات ذهانية تستوفي شروط العامة الفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة أعلاه. من المؤشرات التشخيصية :-

أ- يستوفون الشروط التشخيصية للفصام

ب- لا يستوفون شروط النوع الزوراني (البارانويدي) أو فصام المراهقة أو التخشبي.

ج- لا يستوفون شروط الفصام المتبقي أو اكتئاب ما بعد الفصام .

6/ اكتئاب ما بعد الفصام :-

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرض فصامي، ويجب أن تكون هنـاك بعـض الأعراض الفصامية سواء الايجابية أو السلبية ولكن لا تهيمن على الصورة الاكلينكية . ويصاحب هذا النوع خطورة عالية في الانتحار. ويشخص فقط إذا:-

أ- كان المريض قد أصيب بمرض فصامي، يستوفي الشروط العامة للفصام، خلال الاثني عـشر شهرا الأخيرة .

ب- كانت هناك بعض الأعراض الفصامية .

ج- كانت الأعراض الاكتئابية بارزة وموجعة، وتستوفي على الأقل معايير نوبة اكتئابيـة ومـر على وجودها أسبوعين على الأقل .

7/ فصام متبقي (فضالي) :-

مرحلة مزمنة في مسار تطور المرض الفصامي، تم فيها انتقال واضح من مرحلة أولية إلـي مرحلة تالية، وتتميز بأعراض واختلالات سالبة طويلة المدى، وان كانت ليست بالضرورة غيـر معكوسة الاتجاه. ومن المؤشرات التشخيصية :-

أ- أعراض فصامية سلبية بارزة أي بطء نفسحركي، قلة النشاط ، تبلد فـي الوجـدان، انعـدام المبادرة، فقر في كمية الكلام، فقر في التواصل غير اللفظي مثـل تعبيـرات الوجـه، والتلاقـي بالأعين، تغيرات نبرات الصوت، وتغيير وضع الجسم، فقر العناية بالذات والأداء الاجتماعي.

ب- دليل في الماضي على وجود نوبة فصامية واحدة، محددة على الأقل تستوفي شروط الفصام

ج- وجود فترة سنة على الأقل، انخفضت فيها كثافة ومعـدل الأعـراض المتفاقمـة كالـضلال والهلاوس، مع وجود زملة الفصام السلبي.

د-غياب الخرف أو أي سبب مرضي مخي عضوي أخر، غياب الاكتئاب المزمن.

8/ فصام غير محدد :-

1- اضطراب فصامي الطابع: هو حالة تميز بسلوك شاذ وغرائب في التفكير والوجدان، تتـشابه مع تلك المشاهدة في الفصام، على الرغم من غياب أعراض فصامية مميزة في أي مرحلة.ولكـن يحتمل وجود أي من الظواهر التالية:-

(1) وجدان بارد ومتحفظ، كثيرا ما يصاحبه انعدام لذة.

(2) سلوك أو مظهر يبدو غريبا أو شاذا أو خاصا.

(3) فقر التعامل مع الآخرين وميل نحو الانطواء الاجتماعي .

(4) أفكار تلميح أو أفكار زورانية أو اعتقادات غريبة ضلالية وانشغالات ذاتوية لا ترقـى الـي ضلالات حقيقية .

(5) اجترارات وسواسيه دون مقاومة داخلية، وكثيرا ما تكون ذات مضمون خرافي مـن تـشوه البنية، أو مضمون جنسي أو عدواني

(6) انخداعاتى حسية وجسدية وخبرات اختلال الآنية والبيئة تظهر أحيانا .

(7) التفكير الكلام يتميزان بالغموض والتفصيلية والمجازية والتعقيد الشديد والتكرارية دون تنافر أو عدم اتساق.

(8) نوبات عابرة تكاد تكون فصامية تحدث أحيانا يصاحبها انخداعات شديدة وهلاوس سمعية أو أية هلاوس أخرى وأفكار مثل ضلالية، تحدث عادة استثارة خارجية .

ولكي نستخدم هذا التشخيص يجب توافر ثلاث من الأربع سمات المميزة المذكورة أعلاه، بكـل مستمر أو في نوبات لفترة عامين على الأقل.

1- **اضطرابات ضلالية مستمرة (بارانويدية)**

تكون الضلالات طويلة المدى وعادة ما تكون غير متجانسة ولكنها تبدو غير مرتبطة بالفصام.

2- **اضطرابات ذهانية حادة وعابرة** :- هي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تتميز بالبداية الحادة للأعراض الذهانية مثل الضلالات والهلاوس والاضطرابات الإدراكية وخلل شـديد في السلوك الطبيعي. وكلمة حادة تعرف بأنها تطور الصورة الإكلينيكية المرضية بشكل متصاعد في خلال أسبوعين أو اقل ولا يوجد دليل على وجود سبب عضوي مسبب لهذه الاضطرابات.

3-**اضطراب ضلالي مستحث (الذهان المشترك أو مشاطرة الذهان)**:-

وهو اضطراب نادر يتقاسمه شخصان تربطهما روابط عاطفية وثيقة ويعاني احد الطفلين فقط من اضطراب ذهاني أصيل وتفرض الضلالات على الطرف الأخر وعادة ما يتم التنازل عنها في حالة الفصل بين الاثنين، وعادة ما يكون المرض الذهاني فـي الطـرف المهـيمن مـن النـوع الفصامي، وعادة ما تكون الضلالات مزمنة من نوع الاضطهاد أو العظمة أحيانا. وقـد تـصيب الحالة أكثر من شخصين في الأسرة ، وغالبا ما تكون العلاقة بين الشخصين وثيقة بشكل مبـالغ فيه كما يكونان عادة في عزلة عن الآخرين، أما نتيجة للغة أو للثقافـة أو للجغرافيـا لـذا فـان الشخص الذي ينتقل إليه الضلالات يكون معتمدا على زميله ذي الذهان الأصلي أو تابعا له

4-**اضطراب الفصام الوجداني** :-

اضطرابات نوابية تظهر فيها أعراض وجدانية وفصامية، كانـت قـد أضـيفت سـابقا إلـي اضطرابات المزاج لا ن الدلائل السريرية والوراثية الحالية تشير الي أنها تتـشابه فـي معظـم الأوجه مع اضطرابات المزاج أكثر منها مع الفصام ويجب استخدام تشخيص الفصام الوجـداني فقط عندما تكون كل من الأعراض الفصامية والأعراض الوجدانية المؤكدة متساوية في الوضوح متزامنة في التواجد ، وعندما لا يترتب على ذلك ألا تستوفي في نوبة المرض شروط الفـصام أو شروط نوبة الاكتئاب أو الهوس.

5- اضطرابات فصامية غير عضوية أخرى وغي محددة : يصنف هنا اضطرابات ضـلالية أو هلوسية لا تستوفي معايير تشخيص الفصام أو اضطراب ضلالي مستمر أو اضطرابات ذهانيـة حادة أو عابرة أو الأنواع الذهانية من نوبات الهوس أو نوبات اكتئابية شديدة .

6**- فصام الطفولة** :

تظهر أعراض الفصام قبل البلوغ، ويبدو فيه اضطراب وفشل في نمو الشخـصية، والنكـوص الطفولي الشديد. ويعرف أيضا باسم الذاتوية Autism (زهران2005).

أسباب الفصام :-

عالمياً حتى ألان ليس هنالك أسبابا معروفة للفصام، رغم الدراسات العديدة التي حولت معرفـة أسباب الفصام. بل هو عدة تفاعلات بيئية ووراثية وفسيولوجية وكيميائية، وسنحاول هنا التعـرف على العوامل :-

1/ **العوامل الوراثية**:-

لا يمكن إغفال هذا العامل في نشأة مرض الفصام ، ولكنه لا يلعب الدور المهم الذي أثير فـي السنوات الماضية، ويذكر كل من احمد عكاشة(2003، 299) وحامد زهـران(2005، 301) أن مرض الفصام لا يورث ولكن الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية.

ويشير احمد عكاشة (2003، 299) أن: العامل الوراثي له أهميته في نـشأة مـرض الفـصام، والمرض لا يورث ولكن الموروث هو الاستعداد للمرض ، عن طريق مورثـات متعـددة غيـر خاصة، إذا كانت نسبة التؤائم المتشابهة تتراوح بين 30 – 46%، فان ذلك يعنـي أن العوامـل الاجتماعية والنفسية والبيئية تلعب دوراً لا يقل عن 60%، أما التوائم المتآخية حوالي 14%، أمـا إذا أصيب الوالدان بالفصام فالنسبة بين أبنائهما تصل إلي 41%، أما إذا أصـيب أحـد الوالـدين

فتكون النسبة بين الأولاد حوالي 14.4%، أما إذا أصيب احد الإخوة فتتساوى تقريباً نسبة إصابة إخوته بالتوائم المتآخية آي حوالي 10%، ولكننا لا نستطيع استبعاد عامل البيئة في هذه النـسب، نظراً لان الجو البيئي الذي يكتنف الأسرة الواحدة يلعب دوراً مساوياً.

2/ **الشخصية** :-

تلعب الشخصية دوراً مهماً في تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام، خـصوصا إذا عرفنـا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وان الشخصية الحافزة للفصام ماهي إلا مورثات ضعيفة لهذا المرض، تحتاج لعوامل بيئة وفسيولوجية مختلفة لظهور المرض نفـسه. ويذك عكاشة(2003 – 302) أن دراسة قام بها ارنولد 1955 لخمسمائة فصامي وجد شخصياتهم قبل المرض كالأتي: 32.2% شخصيات سوية، و26.2% شخـصيات غيـر محـددة، و26.2% شخـصيات شبفـصامية،و15.4% شخـصيات مـضطربة ولكـن غيـر فـصامية.

3/ **العوامل الأسرية**:-

ويشير أحمد عكاشة(2003، 303) إلي أن رواد مدرسة التحليل النفسي يرجعون مرض الفصام لصدمات ونكوص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وصراع مستمر بـين الأنـا والعـالم الخارجي، مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلاً من توجيهها خارجياً، فالأعراض الفصامية في التحليل النفسي تعني نكوصا لأنماط بدائية في التفكير والسلوك، والتي تميز الطفولة المبكرة. اكتساب الطفل أساليب التفكير المشوش والترابط المزدوج من الوالدين، والأسـرة التـي ينشأ فيها اضطرابات في العلاقات بين الوالدين والطفل مما يـؤدي إلـي تكـوين خـاطي فـي الشخصية، وتتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالاتي:

1/ يعاني الوالدين أو احدهما من الذهان أو من الحد الفصل للذهان .

2/ تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى.

3/ يعيش الأب والأم في حالة من الطلاق العاطفي مع اعوجاج واضح في الحياة الزوجية.

ويضيف حامد زهران(2005، 335-336):-

4/ العوامل الجسمية : يربط البعض بين الفصام وبين النمط الجسمي النحيـل والـنمط المخـي الأساسي.

5/ العوامل الفسيولوجية : مثل التغيرات المصاحبة للبلوغ الجنسي والنضج والحمل والولادة وسن القعود وما يصاحب ذلك من هزات انفعالية واجتماعية وتـوتر وقلـق وإخفـاق المـريض ذي الشخصية الفصامية في مجابهتها، واضطراب الغدد الصماء . وهناك رأي يقول إن الفصام حالـة

مرضية فسيولوجية سببها اندفاع وتخال موجات كهربائية في الدماغ كما يحدث في حالـة النـوم الحالم وأنها تزحف على الفرد أثناء اليقظة وتسبب له تغيرات شبيهة بما يحدث في الأحلام.

6/ العوامل الكيميائية الحيوية: انظر إلي مفعول (عقار الهلوسـة L.S.D) نجـد أن أعراضـه السلوكية تشبه إلي حد كبير أعراض الفصام .

7/ خلل في الجهاز العصبي نتيجة للأمراض والتغيرات العصبية المرضية والجروح في الحوادث أو الخلل في موجات المخ الكهربائية وضعف وأعراض الفصام .

8/ فقدان الحواس مما قد يؤدي بدوره إلي اضطراب التفكير والأوهام والهلوسات.

9/ الصراعات الحادة بين الدوافع المتعارضة وعدم التوافق السليم معها. والصراع النفـسي مـن الطفولة الذي ينشط مرة أخرى في مرحلة المراهقة نتيجة لأسباب مرسبة

10/ احباطات البيئة وطوارئ الحياة وعوامل الفشل التي تنهار أمامها الدفاعات النفسية للفرد مثل الفشل في العلاقات الغرامية والفشل في النمو النفسي والجنسي الـسوي والفـشل فـي الـزواج والخبرات الجنسية الصادمة وما يصاحب ذلك من مشاعر الإحباط والشعور بالإثم وكذلك الرسوب المفاجئ في الامتحانات والفشل في العمل والضغوط الاقتصادية والمشكلات المالية .

11/ الصدمات النفسية العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة مما يجعل الفرد حـساسا لا يحتمـل الضغط المتأخر عندما يكبر.

12/ حيل الدفاع المتطرفة مثل الانسحاب والنكوص والإسقاط والتعويض وهكذا نرى أن الفـصام يمثل إستراتيجية دفاعية كاملة ولكنها فاشلة.

13/ تأخر النمو وعدم نضج الشخصية ، وعدم التوازن في نمو جوانـب الشخـصية المختلفـة فيضطرب النضج الاجتماعي والنضج الانفعالي وبسوء توافق الشخصية ككل.

14/ العلاقات الأسرية المضطربة : مثل اضطراب العلاقات الشخصية المبكـرة بـين الوالـدين والطفل وخاصة مع الأم أو من يمثلها أو الأم المسببة للفصام وكذلك الحال مـع الأب القاسـي أو السلبي. ويطلق على هذه الأسرة عموما اسم (الأسرة المسببة للفصام) واضطراب المناخ الأسري والمحيط ألطفلي المضطرب بمعنى وجود تنافر في شخصيات الوالدين والأولاد ويجعلهـم علـى حافة (الهروب من الأسرة)

15/ التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة مثل التي تصاحب الهـزات الاقتـصادية والكـوارث الاجتماعية والتصنيع والهجرة دون الاستعداد النفسي لذلك مع وجود عوامل مرسـبة للمـرض ، والوحدة والعزلة الاجتماعية .

16/ يرجع إعلام مدرسة التحليل النفسي مرض الفصام إلي الصراع المستمر بين الأنـا الأعلـى والهو مما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية ويضعف الأنا ويخاف صراعا مستمرا بينه وبين العالم الخارجي ويؤدي إلي الانفصام عن الواقع، مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلا من توجيهها للخارج، وينكص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وينكص لأنماط التفكير ألطفلي، وينسحب إلي داخل نفسه إلي المستوى النرجسي ويتمركز حول ذاتـه ويتجنـب العلاقات الشخصية الاجتماعية ويصبح انطوائيا ويفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية.

17/ يرى السلوكيون إن زيادة الدافعية تؤدي إلي قـوة الاسـتجابة وعـدم مناسـبتها وخطئهـا (وولمان1965).

تشخيص الفصام :-

يذكر حامد زهران(2005، 540) أن: تشخيص الفصام يكون سهلا عندما يكون مضى علـى بدء المرض مدة طويلة واتضحت أعراضه واشتدت. واهم ما يجب ملاحظته في تشخيص الفصام التغير الأساسي المرضي في الشخصية واضطراب نموها وظهور الأعراض العقلية الحادة والتبلد الانفعالي ونقص المبادأة والهلوسات والأوهام والسلوك الغريب. ويلاحظ كـذلك بقـاء الـذاكرة والوعي سليما إلي حد كبير دون تدهور. ونظرا لتنوع الأنماط الإكلينيكية للفصام يجـب التـأني والحرص في التشخيص الفارق. وعلى الرغم من أن التشخيص التقليدي يفرق بين أنماط إكلينيكية أربعة للفصام، فان الفصام لا يكون مطابقا للوصف التقليدي لأحد هذه الأنماط بل يتغير من نـوع لأخر أو قد يختلط . هذا ولا يوجد عرض واحد يمكن أن يؤكد الفصام أو ينفيه.

ويجب التفريق بين الفصام وبين الذهان العضوي وأمراض المخ العضوية حيث نجد انـه فـي الفصام يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور، وفي الذهان العضوي نلاحظ أعراضا جسمية واضحة.

ويجب التفريق بين الفصام والهستريا حيث نجد في الهستريا أن البدء فجائي والسبب واضح .

ويجب التفريق بين الفصام والوسواس حيث يقاوم المريض وساوسه شعوريا.

ويجب التفريق بين الفصام وذهان الهوس والاكتئاب حيث يتغير الانفعال ويشتد بسرعة.

ويجب التفريق بين الفصام واضطراب الشخصية مثل السيكوباتية حيث نجد في الأخيرة الاندفاع والانحراف ممتد الجذور إلي الطفولة.

ويجب التفريق بين الفصام (خاصة الفصام المبكر أو فصام المراهقة) وبين اضطرابات مرحلة المراهقة وصراعاتها ومشكلاتها وما يشاهد فيها من تمرد وعناد والتذبـذب الانفعـالي وغرابـة السلوك والشذوذ.

ويجب التفريق بين الفصام الهذائي وبين الهذاء (البارانويا) ففي الفصام الهذائي تكون الهذاءات وقتية قصيرة المدى ومختلطة بأعراض الفصام الأخرى، بينما في الهذاء نجد الهذاءات المنظمـة فقط ولا نجد الأعراض الأخرى للفصام .

تشخيص الفصام وفقا DSM:IV:-

أ/ وجود أعراض ذهانية في المرحلة النشطة واستمرار هذه الأعراض لمدة شهر ويتحدد الفـصام إذا وجد اثنين أو أكثر من الأعراض التالية:-

1. الضلالات
2- الهلاوس
3- عدم اتساق الحديث أو عدم الترابط
4- عدم اتساق السلوك مثل(السلوك ألتخشبي)

مع ملاحظة انه في المعيار(أ) يجب ألا يكون محتوى الضلال له علاقة بالاكتئاب أو الـسرور المرضى وان الهلاوس على هيئة صوتين تتحدث مع بعضها البعض.

ب/ أثناء تطور الاضطراب يقل الانجاز الأدائي مثل الأداء المهني والعلاقات الشخصية المتبادلـة خلال مسار الاضطراب.

ج/ يشترط استمرار تلك الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل على أن تشمل مرحلة نشطة مدتها شهر على الأقل وتكون الأعراض الذهانية مميزة للفصام كما في المعاير (P) سواء صاحب ذلك أعراض منذرة أو متبقية.

د/ استبعاد كل من اضطراب والاضطراب المزاجي المصحوب بإعراض ذهانيـة. وإذا حـدثت نوبات مزاجية أثناء المرحلة النشطة فان مدتها يشترط أن تكون قصيرة بالنـسبة لمـدة النوبـات النشطة والمتبقية.

ه/ لا يرجع الاضطراب إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المـؤثرة نفـسيا مثـل سـوء استخدام العقاقير أو العلاج بالأدوية النفسية ولا تكون راجعة لحالة طبية عامة

و/ إذا وجد تاريخ الاضطرابات الذاتوية أو اضطراب نمائي شامل فان الفصام لا يـشخص إلا إذا وجدت الضلالات والهلاوس البارزة لمدة شهر على الأقل.

تشخيص ICD10:-

اعتمدت الإصدارة العاشرة معايير شنا يدر وأضافت ثلاثة معايير أخـرى وفيمـا يلـي سـوف نستعرض هذه المعايير:

1/ هلاوس سمعية : وتتمثل في الأتي :-

أ/ صدي الأفكار : وتكون في شكل صوت واحد يردد أفكار المريض.

ب/ هلاوس سمعية في شكل صوتين أو أكثر يتحدثان عن المريض باستخدام ضمير الغائب هو أو هي.

ج/ هلاوس سمعية في شكل صوت فأكثر تصف أفعال المريض بصورة تفصيلية.

2/ هلاوس حسية :

وهنا يحس المريض بأن هناك حشرات تمشي علي جسمه.

3/ خلل في ملكية الأفكار :-

أ/ سحب الأفكار

ب/ زراعة الأفكار

ج/ إذاعة الأفكار

4/ الظاهرة السلبية : وتشمل الظاهرة السلبية علي الأتي :-

أ/ ضلالات التأثير واللافاعلية :

وهنا يعتقد المريض اعتقادا جازما بأنه لا يستطيع التحكم في نفسه. أو أن هناك جهة تتحكم في أفعال المريض.

5/ الإدراك الضلالي:-

هي عبارة عن ضلالات أولية تتم في مرحلتين:

أ/ أولا يتم فيها استقبال مثير من البيئة الخارجية وإدراكية بصورة طبيعية

ب/ تفسير المدرك: وهنا يعطي المثير معني جديد غير طبيعي.

ما أضافته ICD10:-

1- وجود ضلالات تتعلق بقوي خارقة مثل التحكم في الرياح والسحاب.

2- إنقطاع تسلسل الأفكار وفقدان الروابط بين الأفكار والإتيان بمفردات جديدة مستحدثة (New Redeem)

3- الأعراض السلبية للفصام : مثل :

الخمول وندرة الكلام أو الانعزال الاجتماعي – التبلد الانفعالي ، فقدان المبادرة والدافعية (كل هذه الأعراض تطرح من الشخصية).

ولتشخيص الفصام لابد من مراعاة الشروط الآتية :-

1- ديمومة الأعراض لمدة شهر.

2-استبعاد وجود المسبب العضوي.

علاج الفصام :-

يحتاج علاج الفصام إلي خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة، لأنه يتطلب مدة طويلة لأنه يشمل كل أوجه الحياة من ناحية طبية، وإنسانية، واجتماعية، واقتصادية.

ويذكر أحمد عكاشة(2003، 373) أن مرض الفصام مرض يوازي آي مرض جسمي وله أسبابه الوراثية، والفسيولوجية ومؤثراته الاجتماعية وليس للمريض أو العائلة ذنب كبير ولذا يجب تغيير مفهومنا عن المرض وعن كل الأمراض الذهانية حتى لا يشعر المريض انه عالة وعبء على المجتمع، وان عليه الانزواء من المجتمع حتى لا يتهم بأنه خريج مستشفيات الأمراض العقلية. ونستطيع أن نقسم علاج الفصام إلي التالي :-

1- علاج بالعقاقير.
2- علاج بالكهرباء.
3- علاج بالجراحة.
4- العلاج النفسي والاجتماعي.
5- علاج الديني والروحي
6- علاجات أخرى.

وعادة ما امتزج عدة طرق عند علاج مريض الفصام ؛ حيث أن العلاج يختلف تبعا لنوع الفصام وشدة الأعراض ونوعيتها والحالة الاجتماعية والعائلية ونوع عمل المريض.

1/ **العلاج بالعقاقير**:-

ويذكر أحمد عكاشة(2003، 373) أن: ثورة الطب النفسي بدأت في 1952 عندما بدا الأطباء في علاج مرضى الفصام بالكلوريرومازين (لارجاكتيل – برومامسيد) ، وقد تطورت أنواع العقاقير ووصل عدها إلي العشرات حسب الأعراض وهي :

أ- السيربازيل : وهو أول العقاقير المستعملة في مرض الفصام

ب- الفينوثيازين: وتنقسم إلي عدة أنواع هي :

1/ ديمثيل آمين : ويمثلها الارجاكتيل (نيورازين – برومامسيد) وهي تستعمل في حالات الفصام الحاد المصحوبة بهياج وتوتر وفرط الحركة وعدم القدرة على الاستقرار.

2/ ببرازين: ومنها الستيلازين و الراندولاكثيل وتفيد في مجموعة الأعراض البارانويـة وكـذلك المرضى المنعزلين المتبلدين ، وتحثهم بعض الشئ على الاندماج مع المجتمع .

3/ ببرادين : ومنه الميليريل وهو أكثر العقاقير سلامة في استعماله لقلة أعراضه الجانبيـة فـي الجهاز العصبي ويؤدي استعماله إلي جفاف في الحلق وصعوبة في التبول وزغللة في العين .

ج- بيتيروفينون: ومن أمثلتها الهالوبريدول والترايبريدول (سافينيس) وهو من العقاقير التي تفيـد في حالات الهياج الشديد، خاصة حالات المرح.

د- ثيوكسانثين: وهو من العقاقير الحديثة نسبيا في علاج مرض الفصام خاصة الحالات المزمنـة التي تتميز بالانطواء والعزلة ومنها هذه المجموعة الفلوناكسول والنافين والكلاويكسول.

العقاقير الحديثة لعلاج الفصام (غير النموذجية): استمر علاج الفـصام منـذ 1954 بالعقـاقير الكلاسيكية والتي تثبط مستقبلات الدوبامينفي المخ والتي سبق ذكرها. ولم يكتـشف أي علاجـات جديدة لمرضى الفصام منذ عام 1970 حتى 1986اكتشفت عقاقير جديدة ليس لها الآثار الجانبيـة السابقة ، وتعمل على مستقبلات السيروتونين بالإضافة إلـي مـستقبلات الدوبامينولـذا سـميت بالنموذجية، وكان أولها الكلوزابين (ليبونكس) وتلخيصها كالأتي :

كلوزابين (ليبونكس) - ريسبريدون (ريسبردال)

اولانزيبين(زيبركسا) - سيرتندول

كواتبابين - زيراسيدون

وتتميز هذه العقاقير بقلة الأعراض الجانبية .

علاج بغيبوبة الأنسولين : كانت حتى عام 1959 إحدى الطرق المفضلة فـي عـلاج مرضـى الفصام بإعطاء المريض كميات كبيرة من الأنسولين تحت الإشراف الطبي حتى يدخل في غيبوبة ثم يعطى الجلوكوز لا عادته لوعيه ثانية. وكانت هذه الغيبوبة تتكرر من 30 – 50 مرة حوالي 5 مرات كل أسبوع، كانت تنجح مع المرضى الواهنين جسدياوالذين لم يمض على مرضهم عـامين ولكن لخطورة هذا العلاج ومضاعفته الكثيرة من عطب في خلايـا المـخ مـع نقـص الـسكر والتشنجات العصبية وأحيانا غيبوبة شديدة وما يحدث من حالات الوفاة النادرة ثم الحاجة إلي عدد كبير من الأطباء والممرضين للقيام به لذا توقف استخدام هذا النوع من العلاج

2/ **علاج جلسات الكهرباء (جلسات تنظيم إيقاع المخ)**:-

تغير من حركة الموصلات العصبية بين أغشية المخ مما يعيدها إلي حالة التـوازن الـسابق، وتعطي جلسات الكهرباء الآن تحت تأثير المخدر وارتخاء العضلات ولا يحدث أكثر من بعـض الارتجاف البسيط في الجسم تعقبه يقظة المريض، دون الإحساس بـأي شـئ.وتعطـى جلـسات الكهرباء لمرضى الفصام في الحالات الآتية :

1- حالات الفصام الحادة وكذلك الحالات البادئة منذ فترة بسيطة

2- حالات الهبوط والانعزال والقلق وفقدان الاهتمام والخمول المصاحبة لمرض الفصام
3- حالات الفصام الكتاتوني وتعتبر العلاج الأساسي في مثل هذه الحالات. ة
4- إذا صاحبت الفصام أعراض وجدانية أما اكتئابية أو انبساطية .
5- تقلل أحيانا من شدة الضلالات والهلاوس وما يصاحبها من الالام حادة
6- فصام الشيخوخة حتى لا يتعرض المريض للأعراض الجانبية المصاحبة للعقاقير.

ولا تفيد الكهرباء في الفصام البسيط أو المزمن. ويحتاج مريض الفصام إلي حـوالي 8 – 12 جلسة كهرباء بمعدل اثنين أو ثلاثة جلسات في الأسبوع ويعتمد عدد الجلسات على درجة التحسن واختفاء الأعراض ويترك لتقدير الطبيب . وتفيد الأبحاث الحديثة المقارنة انـه يتـساوى تـأثير الجلسات الكهربائية مع العقاقير بعد ستة شهور من بدء العلاج إذا فاعليتها على الأعـراض مـن الناحية الزمنية.

3/ **العلاج الجراحي**: -

ويشير أحمد عكاشة(2003، 391) أنه لا يلجا للعملية الجراحية في المخ مرضى الفـصام إلا في حالات نادرة جدا. وثبت قلة فائدتها إلا في بعض الحالات وفيها تقطع الألياف الموصلة بـين الفص الجبهي في المخ والتلامس ومن هنا تقل حدة الانفعـال أو تـنخفض اسـتجابة المـريض للهلاوس والهذاءات ، مما يجعله في حالة أفضل للتوافق الاجتماعي .

4- **العلاج النفسي والاجتماعي**:-

يشير أحمد عكاشة(2003، 376) إلي انه يستحيل علاج حالات الفصام الحـادة والكتاتونيـة والبارانوية بالعلاج النفسي خاصة التحليل النفسي نظرا لعدم استبصار المريض وضـعف الأنـا. ويشير كل من حامد زهران (2005) واحمد عكاشة (2003) إلي أن العلاج الفردي يهدف إلـي تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية مع التركيز دائما على العودة إلي الحياة الواقعية ويستخدم العلاج النفسي الجماعي الذي يفيد في مثل هذه الحالات لأبعاد الثقة في الـنفس. ويجب أن تستوعب عائلة المريض طبيعة المرض وتتحمل تصرفاته وتشجعه على الاختلاط ثـم عدم دفعه إلي أكثر من إمكانيته وقدراته.

وأيضا هناك ما يسمى بالعلاج المهني وهو محاولة شغل المريض مهنيا أثناء وجوده بالمستـشفى حسب طبيعة عمله السابق أو مع عمل يتناسب مع قدراته ومع أعراضه المتبقية من المرض فـلا يصح أن نطالبه بعامل تتناقض مع هذه الأعراض المختلفة.

وكذلك العلاج التاهيلي للمريض بعد خروجه من المستشفى ومتابعته في اخذ العلاج حتى يقـل تعرضه لعودة المرض. ومن العوامل الحديثة في العلاج العلاج النفسي التعليمي لأسرة المـريض

وخفض نسبة النكسات ؛ فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء وعدم النقد المستمر وإحساس المريض بذاته وهويته وطريقة تشجيعه على العمل والاختلاط دون تحد لقدراته، وأهمية الامتثال والانتظام في تناول العلاج الكيمائي .. كل ذلك له اثر كبير في جودة حياة المريض الفصامي . ودلت الأبحاث انه بتعليم وتدخل الأسرة تنخفض النكسات بنسبة 40%.

وفي دول الغرب يستخدم أسلوب إدارة الحالة وهي طريقة العناية المجتمعية فهي البديل للمكوث بالمستشفى ولكن يحتاج إلي رقابة مستمرة ، حيث يخرج من المستشفى إلي إحدى الدور السكنية حيث يكلف احد متخصصي الرعاية النفسية أن يعتني ويدير حياة بعض المرضى يتراوح عددهم من أربعة إلي عشرة حيث يساعدهم في كل مناحي الحياة حيث اتضح أن إدارة الحالة تأتي بنتائج مشجعة في جودة حياتهم واستيعاب الأسرة والمجتمع لهم .

والتدريب على المهارات السلوكية يحتاج له المريض بعد شفائه حيث يتم تدريبه على بعض المهارات الاجتماعية التي فقدها أثناء المرض مثل مهارات المقابلة مع الأفراد، ومهارة المبادرة في طلب حقه...الخ التي يقوم بها الأخصائيون النفسانيون أو الاجتماعيون .

ومن الطرق الأخرى المستخدمة طريقة العلاج السلوكي التشكيلي وذلك بإعطاء مكافأة للمريض عند قيامه بسلوك إيجابي مثل (الشاي ، السجاير، عطلة نهاية الأسبوع مع الأسرة، ومشاهدة التلفزيون مع كل عمل مفيد أو إنتاج أو نبذ احد الطقوس المرضية وغيرها)

6| **العلاجات الأخرى (غير الكلاسيكية)**:-

يذكر مرام حكيم(2005) أن هنالك بعض الطرق الجديدة والمكملة والتي أجريت عليها دراسات جيدة وبأسلوب علمي؛ فاثبت فعاليتها، مع دراسات لم يجر عليها اختبار علمي أكيد، تطبق على بعض المرضى وقد أتت بنجاحات متفاوتة فلم يبق غير أثباتها بشكل علمي لا اعتمادها، أو التخلي عنها وهي :

1/ زيوت اوميغا3 : وهي مشتقة بنوع خاص من الأسماك ولكنها مستخرجة أيضا من النبات، تحتوي هذه المتمات على مادتي(EPA) و (DHA)، وتساعد في تخفيف حدة الفصام وتخفف من صعوبة المرض وخاصة الاكتئاب الذي قد يرافق الفصام، وأي تقلبات مزاجية تزعج المريض. ويجب أن يناولها المريض إشراف الطبيب ومتابعته. لان هذه المادة تزيد من سيلان الدم.

2/ مضادة الأكسدة : وهي مواد فيتامينية أو معدنية أو عشبية تمنع عملية الأكسدة المرضية في الجسم، والأكسدة الناتجة من الجذور الحرة تتلف الخلايا. لذلك استعمالها يحمي الخلايا من التلف ومن تأثير المرض والضغوط الجسدية والنفسية ومن الآثار السالبة للأدوية. ومن هذه المواد فايتمين (C) والفايتمين(E)، والحامض(Alpha Lipoic acid)، والشاي الأخضر.

3/الفيتامين (E) وهو محارب للمفاعيل السيئة للأدوية المتخصصة بالفصام.

4/ الغذاء والتغذية الصحية : ممارسة التغذية الصحية والامتناع عن بعض المواد الغذائيـة مثـل التي تحتوي على مادة (Gluten) قد تساعد على تحسين حالة بعض مرضى الفصام.

7/ العلاج الديني الروحي:-

عن رأى الطب النفسي في موضوع العلاج الروحاني بالاستشفاء بالقرآن الكريم وخصوصاً بعد ظهور كتب تطالب بترك العلاج بالعقاقير والدواء والأطباء والاستعانة بكتاب الله للعلاج فقـد رد كثير من العلماء المسلمين على هذه الدعايات المغرضة التي تدعو إلى تخلف المسلمين عن ركب التقدم والحضارة والعلم ، ويقول د . محمد عمارة المفكر والكاتب الإسلامي : في هـذه الـدعوة خلط نابع من الجهل الذي يقع فيه أولئك الذين يزعمون أن القرآن هو وسـيلة للتـداوى المـادي بالنسبة للأمراض العضوية . وهذا الخلط النابع من الجهل مصدره عدم التمييز بـين الاسـتخدام المجازى للمصطلحات في القرآن الكريم ، ففي حديث القرآن عن الشفاء نجـده يـستخدم الـشفاء بالمعنى المادي ويؤكد ذلك أنه جعل الشفاء بعسل النحل لكل الناس الذين يتناولونه سـواء أكـانوا مؤمنين ، أم غير ذلك فهو يقول " **يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس** " أي لكل الناس . أما عندما يتحدث عن القرآن الكريم فإنه يجعله شفاء وهدى ورحمة للمـؤمنين فهـو شفاء هنا بالمعنى المجازى وليس بالمعنى العضوي أي أنه هداية فليس دواء ماديا كالذي يـصفه الطبيب للمريض فيقول سبحانه وتعالى " **قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما فـي الـصدور وهدى ورحمة للمؤمنين** " .

وهناك فارق بين العلاج المادي الذي أمرنا الله سبحانه وتعالى أن نسلك إليه الـسبل التـي هـي أسباب مادية تؤدى إلى النتائج المادية في العلاج وبين العلاج النفسي الذي هـو ثمـرة لاعتقـاد الإنسان في أمر من الأمور . فإذا أعتقد أي الإنسان أن قراءة القرآن أو حمل القرآن سيسبب لـه الشفاء فان الشفاء هنا والتداوى ليس بالمعنى المادي بسبب الآيات القرآنية وإنما هو ثمرة نفـسية لاعتقاد نفسي بل أن هذا الاعتقاد من الممكن أن يصبح للتداوى والعلاج النفسي

أما الباحث والكاتب الإسلامي محمد أحمد بدوي فيقول : ليس من مهام القرآن الكريم أن يتخذ منه علاج نوعى لأي مرض ولم يداوى الرسول صلى الله عليه وسلم بالقرآن مرضاً من الأمـراض ولم يصف شيئاً منه لعلاج شئ منها . أما حديث الرقية بفاتحة الكتاب للسعة العقرب فهي واقعـة حال وليس قاعدة قابلة للتوسع فيها ولا لقياس عليها وقد داوى النبي صلى الله عليه وسلم جراحـه برماد الحصير المحروق وهو طاهر مطهر وأمر بإطفاء الحمى بالماء ، وتداوى بالحجامة

(تشريط برأس الموس لعلاج الضغط) وداوى بها وبالعسل وبالكحل . وعلى المستوى الفـردي فإن الحالة المعنوية التي تبثها قراءة القرآن الكريم في نفس المؤمن الذي يحسن تدبره تساعد فـي الشفاء من الأمراض كما تعين على مقاومة الأمراض العضوية بمقدار ما تبثه من الرجـاء فـي الشفاء ومعاونة الطبيب في العلاج وإتباع نصائحه باهتمام إلا أن هذا لا يعنى أن القرآن الكـريم وحده يشفى من الأمراض النفسية والعصبية ، فقد أهتدي الطب مؤخراً إلى استعمال الأدوية فـي هذه الأمراض وحصل على نتائج مشجعة فلا يجب أبدا أن نكتفي بقراءة القرآن بل نتبع ما أهتدي إليه الطب وهو من فضل الله.

أما فضيلة الدكتور محمود حمدي زقزوق فيرى أن الحياة كلها تسير طبقاً لقوانين لا تختلف إلا إذا أراد الله إظهار معجزة على يد نبي من الأنبياء وهذا أمر لم يعد قائما بعد ختم النبوات والمسلمون مطالبون بالتعرف على هذه القوانين وهذا هو طريق العلم والإسلام إذ يحض على ذلك فإنه يريـد أن يغلق بذلك جميع المنافذ التي تدخل منها الخرافات والمشعوذات التي يمكن أن تنتشر بين الناس تحت ظل الجهل والتخلف ، فإذا جئنا إلى موضوع الأمراض التي تصيب الإنسان فـإن الطريـق الصحيح إلى علاجها يكون بالتشخيص الصحيح لهذه الأمراض سواء كانـت جـسمية أو نفـسية لمعرفة الأسباب التي تؤدى إليها حتى يمكن تلافيها والقضاء عليها وحماية الناس منها وهذا هـو طريق العلم وهو أيضاً الطريق الذي يحض عليه الإسلام ، فالله لم يخلق داء إلا وخلق له الـدواء وهو سبحانه الذي يهيئ الأسباب فهو الذي يشفى عن طريق الأسباب التي يهدى الناس إليها وهذا كله يعنى ضرورة لجوء المؤمن إلى طلب العلاج الطبي أما أن تقتصر على التداوي بالقرآن فهذا أمر لا يحث عليه القرآن أبدا .

أما عن تحسن بعض الحالات بالعلاج الروحاني فهو أمر وارد خصوصاً فـي بعـض الحـالات النفسية مثل الأمراض الهستيرية حيث يكون المريض ذو شخصية هستيرية قابلة للإيحـاء وهنـا ينفع العلاج الإيحائي النفسي أو بقراءة بعض آيات القرآن الكريم ولكن الشفاء هنا في هذه الحالـة يكون ثمرة نفسية لاعتقاد نفسي وليس لأمر مادي ويكون هذا التأثير مؤقت ويحتـاج لاسـتمرار العلاج الطبي النفسي بعدها لإزالة سبب هذا المرض .

ويقول الدكتور رمضان عبد البر مدرس الطب النفسي بجامعة الزقازيق أن القرآن الكـريم كلـه رقية خصوصا أم الكتاب وهى الفاتحة و السبع المثانى و أعظم سورة في كتاب الله ، و أحاديـث النبي صلى الله عليه وسلم و ادعيته في الرقية كثيرة.....وهذه الرقية الشرعية لا يشترط فيها شيخ أو رجل بعينه وإنما الأولى أن يرقى الإنسان نفسه فان لم يستطع فيرقيه اقرب الناس إليـة أبـوه ..أخوه..زوجه.

ولا ينبغي الذهاب أبدا إلى السحرة و الدجالين لأن هذه معصية وذنب عظيم حذر منه خير الأنـام عليه الصلاة والسلام. وهذه الرقية الشرعية كذلك لا تنفى استخدام الأدوية و العلاجـات النفـسية وذلك لأن الدراسات الحديثة أثبتت أن معظم الأمراض النفسية تكون نتيجة لاضطراب في كيمياء الدماغ وتأتى هذه العقاقير النفسية لكي تعيد هذه الكيمياء إلى طبيعتها.

وقد أمرنا النبي صلى الله عليه وسلم بالتداوى في قولة "تداووا عباد الله فأن الذي خلـق الـداء خلق الدواء".

فالأفضل و الأولى أن تعالج الأمراض النفسية بمعرفة الطبيب المخـتص و بالطريقـة العلميـة الدقيقة. ويمكن للمريض مع هذا أن يستعين كذلك بالرقية الـشرعية مـن القـرآن ومـن الـسنة الصحيحة،عند ذلك تكون رحمة الله عـز وجـل بـإنزال الـشفاء أقـرب وأولـى والله أعلـم. (hphp2peg:man-nohareb.alwasms.).

مآل ومسار المرض:-

ويذكر أحمد عكاشة(2003، 364- 366) انه لمن العسير التنبؤ الصحيح بما سيحدث لمـريض الفصام إلا إذا أخذنا عدة عوامل في الاعتبار كالسن، والبداية، والعوامـل المـساعدة، الوراثـة، والشخصية والأعراض...الخ ونواجه القصور نفسه في تقييم مسار المرض، للأسباب الآتية:-

1- اختلاف الباحثين في تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء اعني هل هو شفاء من الأعراض الاكلينكية أم هو شفاء اجتماعي وعودة للحياة الطبيعية ؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء اجتماعي؟

2- الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دورية وأحيانا يصبح مزمنا، ولذا إذا ذكرنا شفاء بعـد 4 سنوات، فقد يحتمل حدوث النكسة بعد 10 سنوات .

3- يختلف المرض في استجابته للعلاج تبعا لنوع الفصام، وعدة عوامل أخرى مما يجعـل تقـيم المرض عسيرا.

4- يستمر بعض المرضى على العقاقير لمدة سنوات، وطوال تناولهم العقار يظلون فـي حالـة توافق ونشاط اجتماعي، ولكننا لا نستطيع أن نقيمهم بأنه قد تم شفاؤهم نظـرا لان نـسبة كبيـرة تنتكس بعد توقف العلاج.

5- يتخلف مريض الفصام ببعض اثار الأعراض بعد كل نوبة، وبالتالي إذا نظرنا إلـي مـصير المرض بعد 5 أو 6 نكسات فهو يختلف تماما عن الفصامي الذي عانى من نوبة واحدة.

يتجه مريض الفصام عادة للتدهور البطئ إذا لم يعالج في بدء الأمر وقد أثرت العلاجات الحديثـة في مصير المرض ودرجة التوافق الاجتماعي والاستقلال الذاتي والاعتماد على الـنفس بالنـسبة للمريض بشكل ملحوظ، مع خفض المدة التي يمكنها المريض في المستشفى.

وإذا أخذنا متوسط عديد من الأبحاث والمتابعة لمدة تتراوح بين 5 – 20 سـنة نجـد أن مـآل اضطراب الفصام تحسن وشفاء وجودة حياة مع استيعاب المريض في المجتمع والأسرة والعمـل في حوالي 70% من الحالات أما متوسط الشفاء والتحسن بعد النوبة الأولى فهـو حـوالي 80% ويؤول ذلك إلي العلاج الكيمائي والأسري، وتدريب المهارات الاجتماعية وانخفاض مدة المكوث بالمستشفى.

مآل المرض ونحن على مشارف القرن الواحد والعشين أن حوالي 25% من مرضـى الفـصام يشفون بعد النوبة الأولى، ولا يصابون بالمرض طوال حيـاتهم، وان 50% معرضـين لـبعض النكسات، وان 25% لا يستجيبون للعلاج ويعيشون بأعراض متبقية، ولكن مـع العـلاج يمكـن استيعابهم في المجتمع . واهم العوامل التي تلعب دورا في مآل المرض هي:-

1- العمر عند بدء المرض : كلما ظهر قي سن مبكرة وفي سن المراهقة قلت نسبة الشفاء وذلك لعدم تكامل الشخصية في هذا السن، بعكس الذين يظهر عليهم بعد سن الثلاثين.

2- الذكاء : يساعد على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض، زادت فرصته في الـشفاء، أمـا المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام تقل نسبة شفائهم بشكل واضح.

3- التكوين الجسمي: تزيد فرصة الشفاء في المرضى الذين يميلون للبدانة وتقل النسبة في الجسم الواهن النحيف.

4- الشخصية : يتحسن المرضى ذوو الشخصية المتكاملة قبل المرض، أما هؤلاء ذوو الشخصية الشبفصامية أو الانطوائية أو العصابية أو غير الناضجة فتقل نسبة تحسنهم.

5- بدء المرض : أن نسبة الشفاء عندما يبدءا المرض فجأة تصل إلي 51% إذا قورنت بهـولاء الذين يزحف المرض عليهم تدريجيا، حيث تنخفض نسبة الشفاء إلي 21%.

6- العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض : ذكرنا أن الفصام كثيرا ما يبدأ بعد عوامـل حـافزة جسمية أو نفسية، وقد لوحظ أن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض احد هذه العوامل، نظـرا لأهمية العامل البيئي هنا في نشأة المرض، أما في هولاء المرضى الذين يظهر علـيهم المـرض دون مسببات خارجية وداخلية فهنا تقل نسبة الشفاء حيث أن العامل البيولوجي والـوراثي يلعـب دورا مهما ،

7- التاريخ العائلي : يحسن وجود تاريخ عائلي للذهان الوجداني (الاكتئاب) الـشفاء، أمـا إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام، فهنا تنخفض فرصة المريض في التحسن

8- الأعراض الإكلينيكية : يختلف مصير المرض تبعا لنوع الفصام، ويجمع البعض على أن مال الفصام الكتاتوني والبارانويدي أفضل من الفصام البسيط والفصام الهيبفريني، أما الأعراض التي تحمل مال سيئاً فاهمها تبلد أو تجمد الانفعال، واختلال الآنية والعالم الخارجي.

9- الحالة الاجتماعية والأسرية : تدل أبحاث براون 1963 ولف 1977 على خروج المرضى من المستشفى بعد تحسنهم إلي عائلات على درجة عالية من التورط أو الاستغراق أو التعبير الانفعالي سواء الزائد أو النفور، يحمل في حد ذاته أثرا سيئا أو يزيد من نسبة النكسات أو إعادة هولاء المرضى إلي المستشفى . فقد وجد أن 76% من هولاء اختلطوا بعد خروجهم من المستشفى بعائلتهم ذات التورط الانفعالي العالي، قد تدهورت حالتهم، إذا قورنت ب28% من المرضى ذوي العائلات السوية انفعاليا. ومرض الفصام لا يؤدي إلي الوفاة، ولكن وجد أن فترة حياة الفصاميين تقل ¾ عن مدى حياة المجموع العام. أما حالات الانتحار بين الفصاميين تصل إلي 13 – 22% من الحالات، أما الانتحار الناجح فيتراوح بين 5 – 10% خاصة في بداية المرض والحالات الحادة .

الوقاية من مرض الفصام:-

علاج وقائي : يشير حامد زهران(2005) إلي اتخاذ الإجراءات اللازمة للوقائية منه: توفير الحب والأمن الذي يدعم نمو الشخصية ، العناية بعملية التنشئة والتطبيع والاندماج الاجتماعي والعناية بتكوين مفهوم الذات الموجب، وتوجيه الطفل منذ الصغر نحو الأهداف الواقعية التي يمكن تحقيقها ، وتدريبه على تحمل المسؤولية، وعدم تعريض المعرضين أو المهيئون للفصام للتوترات الشديدة والاحباطات والصراعات والكبت وتشجيع هؤلاء على الاختلاط وعدم الاستبطان والاستغراق في الذات، تجنب أو منع التزاوج بين المهيئين للفصام أو المفصومين.

مرافقي مرضى الفصام:-

المرافق هو أحد أفراد أسرة المريض والذي يحضر معه إلي المستشفى لممارضته أثناء تواجده للعلاج. ووجود مرافق للمريض يعد شرط أساسي لإدخال المريض إلي المستشفى.

ومرافق مريض الفصام يكون أقرب أفراد الأسرة إليه وذلك لان مريض الفصام يتميز بخصائص وصفات لايتحمالها إلا من يهمه أمره وذلك يظهر من خلال الصفات والأعراض المذكورة أنفا

ومن المهام الرئيسية التي يقوم بها مرافق مريض الفصام بالمستشفي هي:-

1- ملازمة المريض داخل العنبر وخارجه.

2- تنظيم عملية العلاج الدوائي، والتأكد من اخذ المريض للعلاج بانتظام.

3- ملاحظة التحسن والتدهور لوضع المريض، وتبليغ الطبيب عند حدوث أي

4- الاهتمام بنظافة المريض (نظافة داخلية، ونظافة خارجية)

5- المشاركة في عملية العلاج النفسي لمريض الفصام إذ ترتكز عليه عملية العلاج.

6- ضبط بيئة العلاج للمريض عند خروجه للحياة المجتمعية. والمشاركة في توعية بقية الأسـرة بأهمية العلاج وانتظامه بالإضافة معاملة المريض بالصورة التي تمنع حدوث الانتكاسة والعـودة المستشفى مرة أخرى.

7- ضبط ومراقبة سلوك المريض داخل المستشفى

8- توفير العلاجات الموصفة من قبل الأطباء.

كيف يؤثر مرض الفصام في المرافقين والأسرة عموما:-

أسرة المريض العقلي عموما ومريض الفصام خصوصا تكون في حيرة- أن الأسرة دائمـا مـا تبحث عن رد لأسئلة لا جواب لها ، عندئذ يتحول الأمل في الشفاء إلي إحباط ويـأس، وبعـض الأسر تتحطم بالرغم من محاولتهم المساعدة.

عندما تعلم الأسرة أن أفرادها يعاني من الفصام فأنهم يبدون مدى من العواطـف الـشديدة الجياشة ، ودائما يكونون في حالة من الصدمة والحزن والغضب والحيـرة وبعـضهم يـصفون تفاعلهم كالأتي :-

1/القلق: نحن خائفون من تركه بمفرده وإيذاء شعوره ؟

2/الخوف : هل سوف يؤذي المريض نفسه أو الآخرون ؟

3/الخزي والذنب "هل نحن ملامون ؟ وكيف سينظر الناس لنا ؟

4/الإحساس بالعزلة : " لا أحد يستطيع التفهم ؟؟

5/المرارة " لماذا حدث هذا لنا ؟؟

6/التأرجح في الشعور تجاه المصاب "نحن نحبه جدا ولكن عندما يجعله المرض متوحـشا فأننـا أيضا نتمنى لو ذهب بعيدا

7/الغضب والغيرة " الأشقاء يغارون من الاهتمام الزائد الذي يناله المريض.

8/الاكتئاب " نحن لا نستطيع الحديث بدون أن نبكي "

9/الإنكار التام للمرض " هذا لا يمكن أن يحدث في عائلتنا "

10/إنكار خطورة المرض "هذه فقط مرحلة سوف تذهب سريعا "

11/تبادل الاتهامات "لو كنت أبا أفضل ما حدث المرض "

12/عدم القدرة على التفكير أو الكلام عن أي موضوع سوى المرض " كل حياتنا تـدور حـول المشكلة "

13/الانفصال الأسرى " علاقتي بزوجي أصبحت فاترة ... أحس بالموت العاطفي داخلي"

14/الطلاق " لقد دمر المرض أسرتي "

15/الانشغال بفكرة تغيير المكان " ربما لو عشنا في مكان آخر سيتحسن المريض "

16/عدم النوم المريح و الإجهاد " لقد أحسست بأعراض تقدم السن بشكل مضاعف في السنوات الأخيرة .

17/فقدان الوزن " لقد مررنا بدوامة شديدة أثرت في صحتي ".

18/الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية " لا نستطيع مشاركة الاجتماعات الأسرية "

19/البحث المكثف عن تفسيرات محتملة " هل كان المرض بسبب شيء فعلناه للمريض"

20/الانشغال بالمستقبل (ماذا سيحدث للمريض بعد رحيلنا عن الدنيا من سيرعاه ؟؟

مشكلة وصمة المرض النفسي ليست موجودة في عالمنا العربي فقط بل هي مشكلة عالمية. وليس من المستغرب أن بعض العيادات النفسية في أوروبا مصممة بشكل لا يرى فيها مراجعي العيادة بعضهم البعض إلا في حدود ضيقة.

على الرغم من التقدم العلمي الذي شهده الطب النفسي وعلاج الأمراض النفسية إلا أننا مازلنا نعاني من الوصمة التي تلاحق كل المرضى النفسيين وخاصة مرضى الفصام وأسرهم. وكثيراً ما يشتكي مرضانا بعد تحسن حالتهم من عدم تقبل الناس لهم والابتعاد عنهم وربما الضحك عليهم لما كانوا يقولونه أثناء مرضهم ووصفهم له بأنه "مجنون". وكم من مريض تخلى عنه أعز أصدقائه وبعض أفراد عائلته بل ويحذرون الآخرين من الاقتراب والتواصل معه بعد أن أصيب بالفصام. وهذا ما يؤدي إلى شعور مريض الفصام بالألم والحسرة والخوف من مقابلة الآخرين والرغبة في الانعزال والوحدة. كما هنالك بعض الأسر إذا لم يكن معظمها تعمل على عزل مرضى الفصام عن الآخرين خوفا من الوصمة، وتأثر مكانتهم الاجتماعية. وذلك عن طريق عزلهم في غرف خاصة ، أو تركهم لدى الشيوخ.(http://www.alfesam.com/index.php2peg:man-nohareb.alwasms.)

من الصعب دعم مريض الفصام الذي يحتاج إلي رعاية طول حياته فقد يسبب ذلك ضغوطا علي من يقومون برعايته.

ويمكن أن يؤدي وجود مريض بالفصام في المنزل إلي أعباء اقتصادية ويمكن كذلك أن يؤثر علي العمل والحياة الاجتماعية لأفراد الأسرة أو الآخرين الذين يقومون برعايته ويستنزف العواطف- وبالأخص عندما تحدث انتكاسة. وفي بعض الأحيان يؤدي نوع الاستجابة العاطفية من القائمين بالرعاية أو الأصدقاء والطريقة التي يتعاملون بها معه إلي نتائج عكسية.

ومحاولة التحكم في سلوك المريض عن طريق الانتقاد أو الحماية الزائدة يمكن أن يتسبب في حدوث انتكاسات متكررة(b Kavanagh 1992a and).

وفي العادة فإن أفراد أسرة مريض الفصام هم أهم من يقومون علي رعايته. ويعتمد نوع الرعاية التي يقدمونها علي احتياج المريض، وتوفر أنواع الخدمات الداعمة للصحة النفسية في المجتمع وعلي الدور الذي تلعبه الأسر في رعاية أقاربهم حسب الخلفية الثقافية. ففي الغرب"المجتمعات الفردية" يكون الهدف الأساسي لأفراد الأسرة و(نظام الرعاية الصحية النفسية) هو مساعدة المريض علي العمل معتمدا علي نفسه، وإدارة شئون حياته وعلاج مرضه علي مسئوليته. يستفيد أفراد الأسرة عادة من توعيتهم عن المرض وعلاجه وأيضا من الاستشارات الأسرية التي تقدم دعما معنويا ونصائح عملية حول كيفية التعامل مع سلوك الشخص المريض. ويمكن لجماعات الأسر والمرضي الداعمة أن تكون مصدرا جيدا للتثقيف الصحي للمرضي وأسرهم وتساعد بشكل خاص علي تحسين مهارات التواصل والتدريب علي وسائل التكيف. إن تحسين مهارات التكيف لأفراد أسرة المريض يمكن أن يقلل من الأعباء علي العائلة ويقلل من أعراض المرض والإعاقة الناجمة عنه.

(Birchwood and Cochrane 1990; Lam 1991; Leff et al. 1990;Rea et al. 1991؛ Torrey; 1998; Vaughan et al. 1992.)

مركب اللوم والخجل:-

" بالرغم من أن الأسر ليسوا مسئولين عن حدوث مرض الفصام ولكنهم دائما يلومـوا بعـضهم البعض بسبب حدوث المرض "

لسوء الحظ فأن هناك اتجاه سائد وسط مرض الفصام وأسرهم لتوجيه اللـوم لأنفـسهم أو لـوم بعضهم البعض والأكثر من ذلك فأن الإخوة والأخوات يشاركون آبائهم نفس القلق والمخاوف تجاه هذا الموضوع .

ماذا يحتاج أفراد الأسرة من اجل المساعدة :

الوقت الكافي و التفهم الجيد لطبيعة المرض

التدعيم من الآخرين الذين يعانون من نفس التحدي ومع الأسر الأخرى لأنهم يدركون مدى ضرر توجيه اللوم لبعضهم البعض ومن خلال ذلك فأن الكثير من الأسر سوف تكتشف القـوة الكبيـرة والمخـــزون العميـــق مـــن الحـــب الموجـــود تجـــاه بعـــضهم الـــبعض.

(http://www.alfesam.com/index.php2peg:man-nohareb.alwasms.)

إلى الآباء: خطة للمستقبل

إن تشجيع شاب ناضج على الحياة والعمل خارج المنزل هو عمل إيجابي محبوب ولا يعتبر رفض أو إهمال له. أما بالنسبة لمريض الفصام فأن هذا العمل يعتبر الخطوة الأولى نحو الحيـاة المستقلة .

الحياة المنفصلة عن الأسرة تعنى أن نوعية الوقت الذي تقضيه الأسرة بعـضها مـع بعـض ستكون أفضل، وبالتالي توتر أقل للجميع. لا أحد يستطيع أن يظل في عمل لمدة 24 سـاعة فـي اليوم - قائما بعمل يقوم به 3 نوبتجيات تمريض في المستشفي يوميا - ومنفعل عاطفيا ، بدون أن يتعرض للمعاناة النفسية والجسمانية .

تذكر دائما أن مرض الفصام لا يتدخل ويؤثر على مستوى ذكاء الفرد . وإذا استمر الآباء فـي " إعطاء كل ما لديهم " وحرق أعصابهم وأنفسهم في خدمة المريض فأنهم سيكونون غيـر مفيـدين لأي أحد أو للمريض شخصيا

وبالإضافة لذلك فأن المريض سوف ينتهي به الأمر إلى الإحساس بالذنب الشديد بدون داعـي بسبب تضحياتهم الغير مطلوبة:

يجب على الأسر أن تنال حقوقها الآن من أجل مصلحة المريض على المدى الطويـل ومـن المفيد على جميع أفراد الأسرة أن يطوروا حياتهم الاجتماعية خارج المنزل حتى لو كانت بسيطة. من الصعب دائما أن نترك المريض يذهب بمفرده ولكن أن نتركه يذهب ويخرج بالتـدريج .... من الممكن أن تكون الخطوة الأولى للحياة المستقلة الناضجة.

الخروج من المنزل ضرورة هامة لكل الناس .مهما كانت درجة المحبة والقدرة على العنايـة والعطاء فأن الآباء مع مرور الزمن سوف تقل قدرتهم على العناية والدعم مع تقدم الـسن - ولا أحد سيخلد للأبد - ولذلك من الأفضل التخطيط لوجود حياة مستقلة للمريض عند سن معقولة.

من الأفكار المفيدة لبعض المرضى محاولة الحياة خارج منزل الأسـرة ولـو كتجربـة فـي البداية.... وإذا لم تنجح الفكرة والمحاولة فأنهم يمكنهم العودة مرة أخرى للمنزل لفترة قصيرة ثـم يعيدوا التجربة مرة أخرى.

(http://www.alfesam.com/index.php2peg:man-nohareb.alwasms.)

المبحث الثانـي

الضغوط النفسية

مقدمــة:

إن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي يمر بها المجتمع المعاصر قد أدت إلي تغييـر فـي الحياة الإنسانية .فقد أصبحنا في عصر الضغوط والأزمات النفسية والتغيرات السريعة والعميقـة في حياة البشرية.

وتذكر بشرى إسماعيل(2004، 23) أن الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في أوقات ومواقف مختلفة. تتطلب منه توافقاً أو إعادة توافق مع البيئة وهـذه الظـاهرة شانها شان معظم الظاهرات النفسية كالقلق والصراع والإحباط والعدوان وغيرها.

أن الضغوط من طبيعة الوجود الإنساني، وبالتالي لا نستطيع الإحجام عنها أو الهروب منهـا، أو نكون بمنأى عنها، لان ذلك يعني نقص فعاليات الفرد وقصور كفاءته، ومن ثم الإخفـاق فـي الحياة.

ومن ثم فآي تغيير في الحياة قد يبعدنا عن التوازن لفترة من الوقت، وقد يجبرنا على المواجـه، يشكل مجموعة من الضغوط الأساسية، هذه الضغوط قد تكون موجبة مثل الزواج، والبـدء فـي عمل جديد والانتقال إلي مدينة جديدة، والترقية... أو قد تكون سلبية مثل الطلاق، وموت صديق، أو احد أفراد الأسرة وغيرها من التغيرات والأحداث التي تطرأ على الفرد.

وتذكر راوية الدسوقي المذكورة في بشرى إسماعيل(2004، 23) أن: ضـغوط الحيـاة هـي مجموعة التراكمات النفسية والبيئة والوراثية والمواقف الشخصية نتيجـة للازمـات والتـوترات والظروف الصعبة أو القاسية التي يتعرض لها الفرد وتختلف من حيث شدتها كما تتغيـر عبـر الزمن تبعاً لتكرار المواقف الصعبة التي يمر يصادفها الفرد بل أنها قد تبقى وقتاً طـويلاً إذا مـا استمرت الظروف المثيرة لها وتترك اثارا نفسية على الفرد

وهذه الآثار من شانها أن تبعد الفرد عن التوازن وينشغل تفكيره بكيفية حل ومواجهة المشاكل والصعوبات التي تواجهه. ومن ثم يقل انتباهه وتركيزه للتغيرات تحدث لـه وللآخـرين الـذين يعيشون معه ويهمهم استقرار حياتهم فأي تغيير في صحة هولاء يؤدي إلـي أن يـشل تفكيـره ويصعب معه التوافق مع متطلبات حياته فبالتالي تتأثر هذه الحياة. وهذا ما يعيشه أو تخبره أسرة مريض الفصام، وخصوصا تلك الأسر التي تحضر مع مريضها إلي المستشفى من اجل العلاج.

تعريف الضغوط النفسية:-

ورد في قاموس المنجد في اللغة والإعلام الذي عرف الضغوط بأنها مشتقة من الفعل ضغط ضغطاً أي إذا عصره وزحمه وضيق عليه. والضغطة الشدة والمشقة. كذلك عرف قاموس مختار الصحاح (1981) مصطلح الضغوط بأنها: جمع مشقة من ضغط (ضغطه) أي زحمه إلي الحائط أو نحوه ومنه ضغطة القبر. وأما الضغطة بالضم فهي الشدة والمشقة ويقال اللهم ارفع عنا هذه الضغطة. ولقد ورد في اللغة كلمة كرب وابتلاء والمصيبة كمترادفات لكلمة الضغطة. حيث ذكر قاموس لسان العرب لابن منظور (2000م) أن: الكرب يعني الهم والغم والحزن الذي يأخذ بالنفس وتعني كلمة البلاء عند العرب بمعنى الضغطة. وعرف قاموس اليأس (1986) الضغطة بمعنى كبس وعصر وإجبار وإكراه . ويتضح من تعريفات هذه القواميس العربية منها والعجمية أن مصطلح الضغوط يشير إلي مواقف استثنائية.

ويذكر هارون الرشيدي (1999: 15) أن لكلمة الضغوط ثلاثة مصطلحات في اللغة الانجليزية هي الضواغط Stressor ، والضغط Stress، الانضغاط Strain وقد جاءت الضواغط Stressors لتشير إلي تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي (فيزيقية، اجتماعية، نفسية) والتي يكون لها القدرة على أنشاء حالة ضغط ما. أما كلمة الضغط Stress فتعبر عن الحادث ذاته إلي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط. أي إن الفرد وقع تحت طائلة ضغط ما. ويشير مصطلح الانضغاط Strain إلي حالة الانضغاط التي يعانيها ويئن منها الفرد والتي يعبر عن ذاته في الشعور بالإنهاك والإعياء والاحتراق الذاتي ويعبر عنها الفرد بصفات مثل خائف، قلق، مكتئب، متردد، متوتر ومتوجس.

نجد أن معظم الباحثين استفادوا من مفهوم هانز سيلي الرائد الأول الذي قدم مفهوم الضغط إلي الحياة العملية وقد عرفه بعضهم على أساس أن للضغط عوامل خارجية ضاغطة (المثير) ومصدرها البيئة، والانضغاط وتعني محاولة الفرد التكيف مع الضغط فتنشأ الدفاعات النفسية(Defense Mechanism) كأثر للتفاعل الداخلي وتعبر عن عدم التوازن النفسي والجسمي.

ويشير ماك جراف المذكور في لازاروس(1971: 12) أن: الضغط النفسي هو إدراك الفرد لعدم قدرته على أحداث استجابة مناسبة لطلب أو مهام، ويصاحب هذا الإدراك انفعالات سلبية كالغضب والقلق والاكتئاب وتغيرات فسيولوجية كرد فعل تنبهي للضغط الذي يتعرض له الفرد.

ويوضح ليفن وسكوا تش المذكوران في هارون الرشيدي(1999: 19) أن: الضغط حالة تكون في اضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية ويتضمن المواقف التي يدرك فيها الفرد بان هنالك فروق بين ما يطلب منه سواء أكان داخلياً أو خارجياً وقدرته على الاستجابة لها.

يشير ويليامز المذكور في حنان الأحمدي (2002: 31) إلي أن: مصطلح الضغط مـن أكثـر المصطلحات عرضة لسوء الاستخدام من قبل الباحثين ، حيث غالبا ما يستخدم للتعبير عن السبب والنتيجة في آن واحد وذلك نتيجة للخلط القائم بين العوامل المسببة للشعور بالضغط وبين النتيجة وهي الشعور بالضغط.

وتضيف حنان الأحمدي(2002: 32- 35) بالرغم من تعدد التعريفات لمفهوم الـضغوط فـإن معظمها يندرج ضمن ثلاث فئات رئيسية هي التعريف على أساس المثير الخارجي والثاني علـى أساس الاستجابة والثالث على أساس التفاعل بين المثير والاستجابة، فالضغط مفهوم يشير إلـي درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية وهذه المتغيرات ربما تكـون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص لأخر تبعاً لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين وهي فروق فردية بين الأفراد .

فالتعريف على أساس المثير الخارجي من المفاهيم السائدة في حقلي الفيزياء والهندسـة والتـي تعرف الضغط على أساس المثيرات الخارجية التي تسبب تشويها ماديا في هيكل الجسم أو تعطيلا لوظائفه . ويتم تعريفه وفقا لذلك بأنها المثيرات الضارة في البيئة المحيطة والتي قد تكون نفـسية أو مادية أو اجتماعية، مؤقتة أو دائمة.

والتعريف على أساس الاستجابة تأثر بنتائج الأبحاث التي قام بهـا علمـاء الإحيـاء والطـب وخاصة التي قام بها (والتركانو 1920) لمعرفة تأثير الضغط على البشر والحيوانات وقد لاحظ من خلالها أن التعرض لعوامل معينة كالبرد الشديد أو نقص الأكسجين يسبب تغيرات فسيولوجية محددة تثير عند الكائن الحي نزعة نحو (الحرب أو الهروب) وتتمثل هذه التغيرات الفـسيولوجية في ارتفاع ضغط الدم وتجنيد كل إمكانيات الجسم لمواجهة الخطر.

ويعرف هانز سيلي المذكور في حنان الأحمدي(2002: 36) الضغوط بأنها اسـتجابة جـسدية غير محددة لآي مطلب يفرض على الجسد. أضاف علماء النفس والاجتماع الاسـتجابة النفـسية والسلوكية إلي هذا المفهوم وبذلك تعرف الضغوط بأنها نتائج التعرض للمثيرات الضارة والتـي تتمثل في ردود الفعل النفسية أو الفسيولوجية أو السلوكية .

والتعريف على أساس التفاعل بين المثير والاستجابة يتأثر بدراسة الضغوط والمفاهيم السائدة في العلوم السلوكية بحيث لم يعد مفهوم الضغوط يشير المثير والاستجابة فقط بل إلي التفاعل بينهم أو بين البيئة والفرد، وبني هذا التوجيه على القناعة بان استجابة الأفراد للضغط تختلـف بـاختلاف خصائصهم الفردية بما في ذلك نمط الشخصية، والخلقية والثقافية والدعم الاجتماعي ووفقا لهـذا

يشير مفهوم الضغوط إلي العمليات الداخلية التي تتم لدى الفرد نفسه من حيث تعرضه للمثيـرات الخارجية ومحاولته التعامل والتكيف معها.

وفي الخمسينات من القرن الماضي عرفت الضغوط بأنها: هي استجابة للعمليـات الداخليـة أو الخارجية والتي تصل إلي حد إجهاد قدرة الفرد على التكيف المادي والجسدي(بشرى إسـماعيل).

وفي السبعينات أشار (لازوراس) إلي دور العمليات الذهنية التي يتم خلالها فهم وتقيـيم أهميـة المثير ومدى القدرة على التكييف معه، أو مواجهته في تحديد استجابة الفرد للضغوط، وذكر كـل من (كوكس ومكاي) على أن الضغوط هي نتيجة تبادلية بين الفرد وبيئته، حيث أن آي خلل في التوازن بين ادراك الفرد للمطالب المفروضة عليه وإدراك لقدرته على تلبيتها يكون سببا للضغط.

وفي القرن الحالي عرفت الضغوط بواسطة عبد الـستار إبـراهيم(2002، 504) أن: مفهـوم الضغط النفسي في ابسط معانيه إلي أي حدث أو مجموعة أحداث أو مشكلات خارجية أو ذاتيـة من شانها أن تؤدي إلي التوتر والاستجابة الانفعالية الحادة والدائمة . ومن أمثلة هـذه الأحـداث والتغيرات العوامل الآتية :-

تغيرات في أسلوب الحياة: العزلة أو الانفصال عن الأسرة أو المجتمع. ضغوط بيئيـة خارجيـة (عمل إضافي). تراكم أعمال تحتاج إلي الانجاز . أساليب خاطئة كالسهر، والكـسل، وتعـاطي عقاقير ترفيهية.

مشكلات اجتماعية: الصراعات العامة. الأعباء التي تفرضها العلاقات الاجتماعية.

مشكلات أسرية: الإصابة بمرض عضوي. مشكلات انفعاليـة كـالقلق والاكتئـاب. آي أحـداث ومشكلات نفسية أو تغيرات مزاجية.

ضغوط أكاديمية: ضغوط الدراسة. العجز عن تنظيم الوقت. المنافسة. المعاناة من الانفصال عـن الأسرة .

وتعرف الضغوط وفقا لهذا التوجه بأنها استجابة تكيفيه تختلف باختلاف خصائص الفرد نتيجـة للأحداث أو تصرفات خارجية تفرض عليه متطلبات معينة.

ويعرفه أحمد عكاشة (1998، 108) بأنه المشقة أو الإجهاد أو الكرب. والكرب هـو (تحـدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد وتعتمد كمية الشدة أو الانعـصاب اللازمـة لنـشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي).

نظريات الضغوط النفسية:-

1/ **نظريـ ـ ـ ـــة الجهـ ـ ـــد الإنـ ـ ـ ـــساني لهـ ـ ـ ـــانز سـ ـ ـ ـــيلي:-**

ذكرت بشرى إسماعيل (2004، 43-46) أن: هانز سيلي من أوائـل العلمـاء الـذين فحـصوا تأثيرات الضغوط الشديدة والمستمرة على الجسم . ووجد أن الجسم لا يقـوم باسـتجابة جـسمية نوعية أو محددة للمواقف المختلفة، ولكنه يقوم باستجابة جـسمية نوعيـة أو محـددة للمواقـف الضاغطة المختلفة لأي مصدر للضرر أو الضغط. وقد أطلق على هذا الـنمط مـن الاسـتجابة الجسمية الغير محددة للتهديد أو الخطر ب(زملة التكيف العام). وزملة التكيف العام هي: سلسلة من الاستجابات الجسمية لمهاجمة المرض، يطلق عليها (عامـة) لان الاسـتجابات الفـسيولوجية الثلاثة التالية تحدث في العديد من المواقف الضاغطة وهي :-

1- تضخم أو اتساع الغدة الادرينالية .

2- انكماش الغدة الدرقية (غدة صغيرة صماء قرب قاعدة العنق)

3- القرح الهضمية.

وزملة التكيف العام هي نتيجة للاستجابات التكيفية لكل من الـضغوط الجـسمية والنفـسية ، وتتضمن ثلاث مراحل هي :/ رد الفعل الإنذار بالخطر ، مرحلة المقاومة ، مرحلة الإنهاك.

1/ **رد فعل للأخطار** :

حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الادرينالينية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجـسم ، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلي أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط وعند هذه النقطة يستطيع الشخص مواجهة مصدر الضغط بواسطة رد فعل الهروب أو المقاومة ، ومرحلة الإنـذار هـي استجابة صحية لواقف ضاغطة، وإذا ما استمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلي المرحلة الثانية .

2/ **مرحلة المقاومة** :

عندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة تيقظ تـام، فـإذا كانـت المقاومة وأساليب المواجهة ناجحة فان الجسم يعود لوضعه الطبيعي لكـن إذا اسـتمر الـضغط وفشلت المقاومة فان الفردي دخل في مرحلة الثالثة – مرحلة الإنهاك.

3- **مرحلة الإنهاك**:

يدخل الفرد هذه المرحلة إذا استمر الضغط، وفي هذه المرحلة تبدءا العمليات الجـسمية فـي الانهيار، ويحدث المرض، وإذا استمر الضغط دون مواجهة، فان ذلك يؤدي إلـي الوفـاة، وقـد

صنف سيلي كل الأمراض السيكوسوماتية فيما يسمى بأمراض التكيف وذلك لأنهـا تنـتج عـن المقاومة المستمرة للضغط كمحاولات العضو للتكيف للبيئة.

2/ **نظرية ضغط الحاجة لهنري موراي** :-

يؤكد موراي أن الإنسان عرضة لمجموعة من الأحداث البيئية الضاغطة ، مستخدماً مجموعة من الاستراتيجيات المختلفة للتغلب على هذه الأحداث ، ويرى موراي أن مفهوم الحاجة والضغط مفهومان مركزيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني ، وان الفصل بينهما تحريفـاً خطيـراً، ويؤكد على وجود سايكلوجية تفاعلية تتضمن الموقع الحافز للضغط، والحاجة النفسية هـي قـوة دافعة لكنها تعمل بمفردها ، ويظل الإنسان يكافح في البيئة من اجل إشباع الحاجة وتحقيق اللـذة، وفي حالة الإشباع ينتهي التوتر ويستعيد الفرد توازنه، أما في حالة عدم الإشباع فتكون الـضغوط النفسية شديدة.

3/ **نظرية التقدير العقلي المعرفي**:-

صاحب هذه النظرية (لازارس) حيث يؤكد فيها على أن الضغوط النفسية تنشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به عندما يقيم الفرد معرفياً المثيرات والأحداث الموجودة في البيئة علـى أنها مصدر تهديد أو خطر تحمل له الأذى، ويتجاوز قدرته على التكيف وتعرض وجوده للخطر، ويوضح لازارس أن أي حدث يقتضي تكيفاً من الفرد يؤدي إلي شكلين من التقييم :-

1/ تقييم أولي لجدية المطالب .

2/ تقييم ثانوي لكفاية موارد الفرد واختياراته لمواجهة المطالب ، فالاستجابة للضغط تنشأ عندما يقيم الفرد الموقف الحالي بأنه ضاغط أو يسبب الأذى. ويرى لازارس أن الأحداث والمثيرات قد تكون ضاغطة لدى شخص في حين أنها غير ضاغطة لدى شخص آخـر وفـق تقيـيم الفـرد للأحداث، ويحدد لازارس العوامل المؤثرة في التقييم وهي:

أ- طبيعة المنبه نفسه.

ب- خصائص الفرد الشخصية .

ج- الخبرة السابقة للمنبه .

د- الذكاء.

هـ- المستوى الثقافي للفرد .

4/ **نموذج أحداث الحياة الضاغطة** :-

جاء هذا النموذج كرد فعل لاهتمام (سيلي) المتزايد بالتغيرات بوصفها مصدراً للضغوط .. حيث يؤكد نموذج أحداث الحياة الضاغطة على إن أحداث الحياة والتغيرات البيئية الخارجية ، سواء كانت ايجابية أو سلبية من شانها أن تشكل ضغوطاً على الفرد.

حيث اتفق (هولمز وراخ 1967)، (وهولمز ومازودا 1974) على أن أحداث الحياة لها تأثيرات على ، ومن ثم شرعوا في تحديد أحداث الحياة التي يكون لها ثمة ردود فعل ضاغطة ، وطوروا نتيجة لذلك مقياساً لأحداث الحياة الضاغطة ويفترض هذا الاتجاه إن رد فعل الضغط يحدث عندما يمر الفرد بشي يتطلب منه استجابة تكيفيه أو سلوك مواجهة. والحدث الضاغط قد يكون ايجابياً أو سلبياً ، ويتضمن آي من جانب من جوانب حياة الفرد بما في ذلك الحياة الأسرية والمهنية . كذلك يفترض هذا الاتجاه أن تأثير أحداث الحياة تختلف من حيث قدرتها على أحداث الضغط، وان المقدار الكلي للتأثير يحدد مقدار الجهد الذي يجب على الفرد القيام به للمواجهة والتغيرات اللازمة للاستجابة للضغط. وفي ضوء هذا النموذج وضع (هولمز وآخرون) مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي.

5/ **نموذج ملائمة البيئة – الشخص** :

وضعت هذه النظرية في السبعينات من القرن الحالي، بعد دراسة حول كيفية تأثير البيئة الاجتماعية على التكيف الاجتماعي للفرد وصحته الجسمية والنفسية. وهذه النظرية موجهة بصفة خاصة نحو ضغط العمل ، والافتراض الأساسي لهذه النظرية هو أن متطلبات وإمدادات بيئة العمل قد تلائم أو لا تلائم حاجات العمال وأهدافهم وقدراتهم ، وعندما لا تناسب متطلبات العمل قدرات الفرد – العامل – وحاجاته ، فان الفرد تظهر عليه علامات التوتر التي تؤدي في النهاية إلي المرض . والهدف الأساسي لهذا النموذج هو تحديد الظروف التي تؤدي إلي التوتر.وبدا هذا النموذج بفكرة لاقت قبولاً متزايداً وهي أن الضغط يحدث عندما لا تناسب المهنة الفرد أو لا يتلاءم الفرد مع المهنة وهناك طريقتين لعدم ملائمة الفرد مع بيئة العمل.

الأولى : مهارات الفرد وقدراته لا تناسب مع متطلبات وحاجات العمل .

الثانية: العمل ذاته لا يحقق حاجات الفرد ورغباته.

وهكذا فعدم المواءمة تؤدي إلي الضغط.

كيف تتكون الضغوط ؟

ذكرت لندا دافيدوف (1983، 616) إن: الضغوط تنشأ من داخل الشخص نفـسه ، وتـسمى ضغوطا داخلية ، أو قد تكون من المحيط الخارجي مثل العمل، العلاقة مع الأصدقاء والاخـتلاف معهم في الرأي أو خلافات مع شريك الحياة ، الطلاق ، موت شخص عزيـز التعـرض لوقـف صادم مفاجئ.

وعلى العموم فان الضغوط سواء كانت خارجية أو داخلية المنشأ، نتيجة انفعالات أو احتبـاس الحالة النفسية وعدم قدرة الفرد على البوح بها وكبتها . أو ضغوطاً خارجية متمثلة فـي أحـداث الحياة فإنها تعد استجابات لتغيرات بيئية.

فأحداث الحياة اليومية ومتطلباتها ، فهي تحتاج إلي درجة أعلى من المسايرة لغرض التوافـق النفسي ، ربما يفشل في هذه الموازنة الصعبة .

يتعرض الإنسان للضغوط المختلفة باستمرار ويستطيع أن يعيد توازنه بشكل سريع حال انتهـاء الموقف الضاغط، أو مدى قدرته على المواجهة، والتحمل. فبعض العوامل الضاغطة تشكل عبئـاً على أنماط معينة من الشخصيات في حين تستطيع أنماط أخرى تحملها ومن ثم تصريفها بالـشكل الذي لا يترك أثرا لدى الفرد وأيضا تتدخل المكونات البيولوجية في قدرة التحمل وقـوة أجهـزة الفرد البدنية.

مصادر الضغط النفسي:

يذكر عبد الستار إبراهيم (2002، 501) أن: مصادر الضغط النفسي يمكن تصنيفها إلي أربعـة مصادر كبرى هي :-

1/ تغيرات حياتية في أسلوب المعيشة

2/ مشكلات اجتماعية

3/ مشكلات صحية أي متعلقة بالصحة النفسية والعضوية .

4/ ضغوط العمل والانجاز الأكاديمي .

أوضح الطريري(1994: 60) بأن: أهم مصادر الضغط النفسي تتمثل في المـشكلات الذاتيـة للفرد وأهمها:-

1/ المشكلات النفسية(الانفعالية) كالثورة، والغضب، والاكتئاب، والفتـور، والإثـارة، وسـرعة التهور.

وأوضح موسى جبريل (1995: 1469) بأن: الضغط النفسي ينشأ لدى الأفراد نتيجـة أحـداث تتضمن إعاقة واقعية أو متخيلة لحاجات الفرد أو أهدافه. وتأخذ هذه الإعاقة أشكالا منها الإحبـاط

الناتج عن إعاقة إشباع حاجة ما، والصراع يعود إلي وجود حاجات متضاربة في التعامـل مـع موقف ما في المستقبل، ويختلف عن الإحباط بأنه لم يصبح أمرا واقعيا وإنما هو أمر متخيـل أو متوقع مستقبلا. ويكون التهديد اشد خطرا إذا تعلق بتقدير الفرد لذاته. كما أن المال مصدر للضغط النفسي فعندما تخلو الحياة من مثيرات مناسبة يشعر الإنسان بالتوتر.

2/ المشكلات الاقتصادية: وفي ذلك يوضح هاربورغ(1973: 272-276) فـي دراسـته بـان الأفراد الذين يعانون من الضغوط النفسية هم الأفراد الذين يعيشون مستوى اقتصادي واجتمـاعي منخفض، ويعيشون في منطقة مزدحمة بالسكان، وان هؤلاء الأفراد يعيشون اضطرابات أسـرية ويعانون من ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض النفسية والجسمية.

ويرى جان ستورا (1997) أن: الضغوط الاقتصادية لها الدور الأعظم في تـشتيت جهـد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة حينما نعصف به الأزمات الحالية والخسارة أو فقدان العمل فينعكس ذلك على حالته النفسية وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبـات الحياة .

3 / يرى محمد علي كامل(2004: 10) أن: الضغوط الاجتماعية المتمثلة فـي سـوء العلاقـة بالآخرين وصعوبة تكوين صدقات.

وتعد العلاقات الاجتماعية الحجر الأساس في التماسك الاجتماعي والتفاعل بين أفـراد المجتمـع، فمعايير المجتمع تحتم على الفرد الالتزام الكامل بها والخروج عنها يعد خروجـا علـى العـرف والتقاليد الاجتماعية ، والضغوط الأسرية تشكل بعواملها التربوية ضغطا شديدا على رب الأسـرة وأثارا على التنشئة الأسرية ، فمعظم الأسر التي يحكمها سلوك تربوي متعلم ينتج عنه التزام وإلا اختل تكوين الأسرة ونقضت معايير الضبط ونتج عنه تفكك الأسرة إذا ما اختل سلوك رب الأسرة أو ربة البيت . والمشكلات العائلية(الأسرية) ودراسة هاربورغ المذكورة سابقا تؤيد هذا المصدر، وكذلك دراسة ساندلر من حدوث ضغوط اجتماعية ومشكلات أسرية تنتج عن أسباب متعددة داخل الأسرة مثل المرض وغياب احد الوالدين عن الأسرة والطلاق، وكلها مصادر للضغوط النفـسية تتسبب في ظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى الأبناء.

4/ الضغوط العاطفية: يرى محمد علي كامل(2004: 11) أن: الضغوط العاطفية تمثـل لبنـي البشر واحدة من مستلزمات وجوده الإنساني ، فالعاطفة لدى الإنسان غريزة اختصاها الله سبحانه وتعالى عند البشر دون باقي المخلوقات ، فعندما يعاق الإنسان في طلـب الـزواج والاسـتقرار العائلي بسبب الحاجة الاقتصادية ، أو عدم الاتفاق مع شريك الحياة يشكل ذلك ضـغطاً عاطفيـاً تكون نتائجه نفسية مما يجعله يرتبك في حياته اليومية.

وأضافت شقير(1997: 57) مصادر أخرى للضغوط أهمها: -

1- المشكلات الصحية المرتبطة بالصحة الجسدية والفسيولوجية كالصداع وارتفاع ضـغط الـدم وحركة المعدة، وارتفاع معدل ضربات القلب، والغثيان والدوخة والرعشة ...الخ.

2-المشكلات الشخصية كالهرب والمقاومة، وانخفاض تقدير الذات، وانخفاض مستوى الطمـوح والتصلب وجمود الرأي، وصعوبة اتخاذ القرار والتردد.

3-المشكلات الدراسية والمتعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الـزملاء، والمعلـم، وصعوبة التحصيل الدراسي،وضعف القدرة على التركيز، وعدم القـدرة علـى أداء الواجبـات المنزلية، الفشل في الامتحانات.

أضاف إبراهيم بخيت(1996: 14) أن: اثر الكوارث على الضغوط وارتباطهما معا قد تم مناقشته بطريقة مكثفة عند كثير من العلماء: اندرو وآخرون(1978) بـلازا(1980) وبـرغم مـا أثبتـه الأبحاث من علاقة إلا أن الإجماع ما زال ضعيفا بسبب تعارض النتائج مما يسمح بأخذ مبدأ عام. ومن المعروف أن الكوارث تشكل ضغطا على الفرد بمقدار ما تتضمنه من فقد أو تهديـد، أمـا التضارب الذي أشير إليه في النتائج فأمر مستغرب وليس بواضح، لان الكوارث إذا لم تكن عامل حاسم في جاب الضغوط والتوتر فليس هنالك أجدر منها واقوي في أحداث ذلك الأثر.

وعرف كنستون ورسر(1974) الكارثة بأنها: موقف يشمل حزمـة مـن الـضغوط الـضخمة، وللكوارث عدة مراحل تبدأ بالتحذير ثم التهديد ثم المخاطرة، وقد تركز معظـم الاهتمـام علـى الطريقة التي يستجيب بها الفرد أو الجماعة للكارثة.

وقد أجملت راوية الدسوقي (1991) مجموعة من المصادر المسببة للضغوط النفسية والتي كان أكثرها تأثيرا بأحداث الحياة الضاغطة وهي المصادر: المالية والاقتصادية والـصحية والأسـرية والانفعالية والعلاقة بالجنس الآخر.

ويرى الزين عمارة(1994: 35) أن: مصادر الضغوط النفسية متمثلة في البيئة وعـدد مـن المجالات المحيطة بالفرد فيقول: البيئة تلعب دورا كبيرا في تشكيل الضغوط النفسية نتيجة كونهـا بيئة متكيفة أو متوافقة. فالبيئة المتكيفة قابلة للأخذ والعطاء والبيئة المتوافقة قادرة على التنـازلات الخاصة في سبيل المصلحة العامة، والبيئة المعتلة هي مصدر المناخ الملوث والذي يخنـق كـل ملكات الإبداع عند الفرد ويحدث رد فعل عكسية. ونجد أن تراكم الضغوط لفترة طويلة، قد تحدث انفجارا في وقت غير مناسب وبلا سابق إنذار، وهناك ضغوط مترابطة بطبيعة الحياة الاجتماعية كالعلاقات الزوجية، أو حالات الوفاة للأقارب، وعدم الراحة في السكن، وتقلبات الدخل المـادي،

والمشاكل الأسرية تحدث على المدى البعيد شروخا في البيئة النفسية للفرد، تؤدي في النهاية إلـي ضعف الشعور بالرضي عن النفس أو الإصابة بمرض.

الاستجابة للضغوط:

وذكر حامد زهران (1987، 102) أن: الضغوط الداخلية أو الخارجية تعد مثيرات لابد من أن يستجيب لها الإنسان استجابات مختلفة تبعا لخصائصه من جهة وطبيعة تلك الضغوط وشدتها من جهة أخرى ويمكننا تقسيم الاستجابات إلي :-

1/ استجابات إرادية: وهي تلك التي يعيها الفرد، ويشعر إزاء وقوعها بردة فعل مثل اسـتجاباته بتخفيف ملابسه عند الإحساس بارتفاع درجات الحرارة أو ارتداء ملابس عند الإحساس بالبرد.

2/ استجابات لا إرادية : وهي رد فعل بعض أجهزة الجسم التي يـصعب الـتحكم فيهـا مثـل الارتجاف عند التعرض لموقف لا يستطيع التحكم فيه أو التعرق بسبب الخجل، ويمكـن تقـسيم الاستجابة اللاإرادية إلي :-

أ- عضوية : مثل التنبيهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد وفعاليات الجهاز السمبثاوي المسئول عن امن الجسم تلقائياً من حيث السيطرة على جميع أجهزته الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز الدوري والتنفسي وجهاز الغدد والجلد الذي يعمل وقت تعرض الجسم للخطر (ضغط خارجي أو داخلي) وهو يعلن مايشبه حالة الطؤاري وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجـات الاسـتعداد ، وكذلك الجهاز الباراسمبثاوي حيث يعمل بالاتجاه المعاكس للسمبثاوي بإبطاء أو كف عمل بعـض أجهزة الجسم.

ب/ نفسية : وهي كافة الاستجابات التي يتحكم أو لا يتحكم بها الفرد في الموقف المحـدد مثـل : العمليات المعرفية والتي تمثل العمليات العقلية مثل التفكير بمعطيات الضغط ومسبباته ، وكـذلك نقيم الضغط الموجود ثم الوصول إلي معرفة الضغوط دون القيام بفعل ما .

ج/ الاستجابات السلوكية: وهي الاستجابات التي يلجا إليها الفرد تحت وطـأة الـضغوط، وتلـك الاستجابات التي يمكن ملاحظتها. والاستجابة للضغوط لا تقتصر للكائن البشري بل موجودة عند الحيوانات أيضا. لذا فان أي ضغوط يتعرض لها الإنسان لا تؤثر في أجهزة الجسم كلها ، بل على قسم منها ، إذ قد يتأثر احدهما بشدة ، بينما لا يكاد يتأثر الأخر أبداً.

أسباب الضغوط:-

يوضح هارون الرشيدي(1999: 7) أن: الضغوط تنشأ من المتغيرات النفسية عندما يكون هنـاك اختلالات في الميكانيزمات الدفاعية وقصور في إشباع الحاجات، وعندما تكون منظمات النفس في حالة صراع أو قلق، أو شعور بالإحباط، وعدم توافق، وعدم تكيـف نفـسي، وهكـذا نجـد أن

الضغوط ظاهرة معقدة وتعبر عن وقائع متعددة وذات مضامين بيولوجيـة ونفـسية واقتـصادية واجتماعية. وتنشأ من مسيرات سارة مثلما تنشا من مسيرات مؤلمة فالحوادث المرغوبـة وغيـر المرغوبة تودي إلي تغير في الحياة وتتطلب إعادة التوافق النفسي الثابت والخبرات السارة أيـضا تسبب ضغط ولكنه قليل القدر إذا قورن بالضغط الناتج عن الخبرات الخير سارة

أما جيس كراين ديل (1990-42) ذكرت أن أسباب الضغوط النفسية بتفصيل أكثر كما يلي

1/ الضغوط المفروض ذاتيا : وينشأ نتيجة لمتطلبات غير واقعية ولانعـدام الثقـة فـي الـنفس والخوف من عدم الكفاءة وانعدام القدرة علي التحكم في النفس والفشل في تحقيق الأهداف يخلـق الضغط النفسي بمستويات عالية.

2/ الحاجات والرغبات المعلقة:-

بعض الحاجات والرغبات دون إشباع قد تنشأ عنها مشاعر عدوانية وإحباط وبؤس

3/ مشاكل الحياة اليومية:- هي تكلفة الضغوط التي تحدث نتيجة مواقف خارج الإرادة والتي قـد تبدو في حد ذاتها أنها غير ذات أهمية ولكنها تتراكم وتشكل ضغطا وتشمل:-

أ- مشاكل التنقل.

ب. فقد الأشياء.

ج. التأخير (تأخيره أو تأخير الآخرين عليه).

د. اضطراب السكك الحديدة.

هـ. أعطال الماكينات (المنزل- العمل) اختلال نظام النوم والعمل.

4/ المتطلبات الزائدة : تحدث عن تراكم الأعمال ويكون الوقت المتاح لأدائها قليل جدا وقد نـاتج من الوظيفة ومسؤوليات لاتتعلق بالعمل وقد يشعر الفرد أن الحمل يفوق طاقته .

5/ انعدام الرضا الوظيفي :- يحدث عندما تفشل الوظيفة في تلبية حاجات شـاغلها أو التـي لا تتناسب مع قدرات الفرد، ولا تتيح مجال للوفاء بالمتطلبات والمتوقعة منه.

6- العلاقات الغير مجدية: فشل في العلاقات، وفي الوفاء بالمتطلبات والتوقعات المرجوة والتي لا تمد الإنسان بالحافز والتحدي والدعم.

7- الخوف من المستقبل: يفقد الأمن والاستقرار بالرغم من مقدرتنا على التخطيط فإننا لا نـتحكم ألا في الحاضر.

8- الاهتمام بمن نحب: يرتفع الضغط لدينا من اهتمامنا بصحة وسلامة المقربين منهم الوالـدين والزوج أو الزوجة، الأبناء والأصدقاء.

9- عدم التوازن بين العمل والبيت: عدم التوازن بين الوقت والطاقة التي تبذل في العمل غير متناسب مقارنة بالوقت والطاقة التي تخص البيت.

10- اعتلال الصحة: يحدث الضغط نتيجة الشعور بالمرض قد يكون المرض خطيرا للدرجة التي تثير الاهتمام والقلق عند الشفاء.

أنواع الضغوط النفسية:-

أشار إبراهيم بخيت (1996) إلي أربع أنواع من الضغوط النفسية وهي :-

1/ **الضغط الحاد**:-

وهو أشهر أنواع الضغوط وهو يأتي من المطالب، وكذلك الضغوط المتوقعة في المستقبل مثل مشكلات الأطفال في المدرسة، أو فقد صفقة هامة أو حادثة سيارة. لان هذه الضغوط وقتية فإنها لا تحدث أثرا مستمراً على الإنسان وأهم صفاته:-

* الضغوط العاطفية : وهي خليط من الغضب والتهيج والقلق والاكتئاب.
* مشكلات عضلية: وتشمل الصراع، آلام الظهر وآلام الفك.
* اضطراب الجهاز الهضمي والتبول.
* ضغط الدم.

2/ **الضغط العرضي الحاد**:-

يتعرض له الأفراد الذين يعانون من ضغطاً من وقت لآخر، وهم مندفعون كثيراً ولكنهم متأخرون. و حياتهم لا تسير بالصورة الطبيعية ، أما أعراضه فصداع مصحوب بقلق وصداع نصفي وقلق زائد وآلام في الصدر وأمراض القلب . أما علاجه فيتطلب تدخلاً على عدة مستويات.

3/ **الضغط المزمن**:-

بينما يكون الضغط الحاد مهدداً (مثيراً) فان الضغط المزمن لا يكون كذلك بل يطحن الأفراد ويبليهم يوما بعد يوم . ويأتي هذا النوع عندما لا يرى خروجاً أو فكاكا من الموقف السيئ الذي يعيشه وهو ضغط المطالب القاسية في فترة ليس لها نهاية تتضاءل فيها آمال الفرد ويجمد بحثه عن حلول لمشكلاته.

4/ **الضغوط الصادمة**:-

هنالك عوامل كثيرة تزيد من ضغوط الأحداث الصادمة ، وفي حالة تكرار الكارثة يكون الضغط كبيراً ، هذا الضغط بسبب الكآبة والاضطراب ويكون سبباً للانتحار مثل مسجوني الحرب.

تحديد وقياس الضغوط:-

يقاس الضغط النفسي عند الإنسان بعدة وسائل أو أدوات ومن تلك الأدوات ذكـر عبـد الـستار إبراهيم (1998، 123) وسائل وأدوات قياس الضغط النفسي عند الإنسان ، ومـن تلـك الأدوات المستخدمة لدى المختصين في موضوع القياس النفسي أو الإكلينيكي وتكون تلك الأداة إما مكتوبة ، أي عن طريق الإجابة على بعض الأسئلة ثم تحسب الاستجابات لتستخرج نسبة الإجهاد أو كمية الضغط الواقعة على الفرد ، أو يقاس بواسطة أجهزة عملية تقيس التوازن الحركي – الفعلـي أو قوة الانفعالات وشدتها ، ومن الأدوات الشائعة الاستخدام المقاييس المكتوبة. وأضاف عبد الستار إبـراهيم(2002، 495) أن: مقيـاس ضـغوط أحـداث الحيـاة Life Events Stressors Questionnaire، الذي يتكون من 45 حدثاً أو تغيرات واقعة أو وشيكة الوقوع(مثـال: مـوت الزوج/ الزوجة، الطلاق، متاعب مع رئيسك في العمل، ترقية إلي وظيفة أعلى، الزواج، تغييـر محل أقامتك، ولادة طفل في الأسرة.) وقد أعطيت لكل حدث منها درجة بحسب شدة هذا الحـدث ومدى تأثيره في حياة الفرد. .. ونستعير من مقياس هولمز وداهي بعض الفقرات التي تدل على وجود ضغوط معينة :-

1- وفاة القرين (الزوج – الزوجة).
2- الطلاق.
3- الانفصال من الزوج أو الزوجة.
4- حبس أو سجن أو حجز أو ما شابه ذلك.
5- موت احد أفراد الأسرة المقربين.
6- فصل من العمل.
7- تغيير في صحة احد أفراد الأسرة (بعض الأمراض المزمنة).
8- تغيير مفاجئ في الوضع المادي.
9- وفاة صديق عزيز.
10- الاختلافات الزوجية في محيط الأسرة.
11- سفر احد أفراد الأسرة بسبب الدراسة أو الزواج أو العمل.
12- خلافات مع أهل الزوج أو الزوجة.
13- التغيير المفاجئ في السكن أو محل الإقامة.
14- تغيير شديد في عادات النوم والاستيقاظ.

أما استون ونيل (1982) المذكوران في (حسين عبدا لله 2005) فقـد صـمما مقيـاس تقيـيم التجارب اليومية حيث يسمح للمفحوصين بأن يسجلوا ويقيموا تجاربهم اليومية أول بأول ، واختار الباحثان اليوم كوحدة تحليل ، لأنهما رأيا بان هذا سيمنع التحيز في تذكر الأحـداث الماضـية . ولكن المقياس في نفس الوقت لا يستبعد الأحداث الهامة الماضية فـي حيـاة المفحوصـين ، أو المضايقات البسيطة مهمة لدى بعض المفحوصين ولها علاقة بالأمراض الجسمية التـي يعـانون منها ، والحدث غير المهم لشخص ما قد يشكل ضغطاً نفسياً هائلاً لشخص آخر ، وذلـك حـسب الخلفية الاجتماعية والتربوية والثقافية والدينية لكل منهما.

الضغوط والأمراض النفسية :-

أوضح جرجس ملاك(1983، 27) إذا كانت نشأة الأمراض النفسية في مراحـل الطفولـة أو احتمالات امتدادها إلي المراحل العمرية اللاحقة ، وإذا ما كان هناك خلل أو اضطراب في الجهاز النفسي يسبب عدم القدرة على التكيف أو حالة من الوهن أو زيادة غير اعتيادية في الوسـواس أو زيادة في القلق أو اضطرابات هستيرية تعتري الإنسان ، فان الضغوط تزيد وطأة تلك الأعراض المرضية وتساعد إلي حد كبير في تخلخل التوازن النفسي ، فيقع الإنسان صريع المرض ، بفعل شدة الضغوط ووجود حالة التهيوء النفسي الداخلي للمرض ، فالعلاقة إذن تبادلية بـين الـضغوط والأمراض النفسية . خاصة إذا ما عرفنا أن الضغوط الداخلية هي : التهيؤ النفـسي والاسـتعداد لقبول المرض ضعف المقاومة الداخلية.

أما الضغوط الخارجية فهي صعوبات في التعامل مع المحيط الاجتماعي، وعدم القـدرة علـى مواجهة المشكلات وتحمل الصدمات مثل الخسائر المادية، أو موت شخص عزيز.....الخ ، وهذه الضغوطات بدورها تسبب بعض الإعياء ثم الإجهاد العصبي والتعب الشديد الذي يصل أحيانا إلي الموت ، فضلا عن احتمالات الإصابة ببعض الأمراض العضوية ذات المنشأ النفسي (اضـطراب نفسجسمية – سايكوسوماتية) مثل التغيرات الكيميائية والحيوية في الدم ، ارتفاع ضغط الـدم ، مرض السكري ، والقروح الدامية وغيرها.

ويشير جارلس وورث وناثان المذكوران في محمد علي كامـل(2004، 9) بـأن 75% مـن المرضى المراجعين للأطباء يشكون امرضا ناتجة عن الضغوط وتنحصر تلك الأعـراض فـي القلق ، الشعور بالذنب والخوف والاكتئاب ، الخوف من المـستقبل ، العدوانيـة الزائـدة تجـاه الآخرين، اليأس ، الانطواء ، والانسحاب، فقدان الثقة بالنفس إضافة إلي المشكلات النفسجسمية.

وأن التعرض للمواقف الصحية التي ربما تستمر زمنا ليس قليلا لا يسبب القلق المزمن فحسب، بل يحدث تغييرا في معدلات المرض وقد يودي إلي الوفاة وفي بعض الأحيان. هذا وقـد تعجـل

الأنواع المختلفة للضغوط بظهور بعض الاضطرابات السلوكية وخاصة إذا كانت الضغوط شديدة أما إذا كانت الضغوط خفيفة فان الأفراد ذوي الاستعداد المرضي أو من الذين نشئوا في ظـروف صحية فأنهم سيعانون طويلا من بعض الاضطرابات وحالات من التوتر والضيق.

ويشير عبد الستار إبراهيم(2002، 500) أنه تبين أن ظهور الأمراض النفسية يـرتبط بأنمـاط الضغوط النفسية التي يعاني منها الفرد. فبداية ظهور، وتطور الأمـراض النفـسية تجـئ إثـر التعرض للتغيرات الحياتية، كالفشل الدراسي، أو وفاة أحد الأقارب، أو توقـع الانفـصال عـن الأسرة، أو تغير الدخل المفاجئ نتيجة للفصل عن العمل....الخ. وينطبق هـذا علـى الأمـراض النفسية الخفيفة كالقلق، والاكتئاب النفسي، الأمراض العقلية الشديدة كالانتحار، الفـصام(ولـو أن ارتباط ظهور الفصام بالضغوط أقل من ارتباط الأمراض النفسية الأخرى بها).

وترى راوية الدسوقي(1995: 69) أن: الاضطرابات الانفعالية والصراعات الاجتماعية والقفزات التطورية السريعة وثقافة المجتمع كلها تعد ضغوط نفسية. فتقول(إن الاضطرابات الانفعالية يمكن أن تؤثر على بداية واستمرار الأمراض النفسية، إذ أن معظم الكائنات البشرية لها رد فعل للشدائد والضغوط الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد سواء كانت صراعات نفسية أو اجتماعية أو قفزات تطورية سريعة، مما لا شك فيه أن ثقافة المجتمع تلعب دورا في نشوء بعض الأمـراض النفسية المرضية).

الضغوط النفسية لا تسبب مرض الفصام ولكن لوحظ أن التوترات النفسية تجعل الأعراض المرضية تسوء عندما يكون المرض موجود بالفعل. (www.elhesn.com).

استنادا على ذلك يرى الباحث أن الضغوط النفسية تشكل مصدرا رئيسي من مصادر الأمراض النفسية أنها تتناسب تناسبا طرديا مع مع حدة المرض النفسي. فمريض الفـصام يـشكل ضـغطا نفسي على مرافقه والذي يؤدي بدوره إلي حدوث اضطراب في حياة المرافق. ويلاحظ ذلك مـن خلال السلوكيات والتصرفات التي تصدر من المرافق أثناء مكوثه بالمستشفى مع المريض والتـي تمثل مشكلة بالنسبة إلي التيم العامل بالمستشفى والتي تتطلب منهم معالجة هذه التصرفات بالعلاج النفسي والإرشاد النفسي إلي جنب معالجة مريض الفصام.

وأيضا من الملاحظات على مرافقي مرضى الفصام وأسرته عموما نجد أن هنالك امرضا نفسية بالأسرة، حيث يظهر أن هنالك عدد من أفراد أسـرة مـريض الفـصام يتعـالجون مـن الاضطرابات النفسية المختلفة.

أساليب معالجة الضغوط:-

يذكر عبد الستار إبراهيم (2002، 508-509) أن: علاج الضغوط ليس في التخلص منهـا، أو تجنبها، أو استبعادها من حياتنا. فوجود الضغوط في حياتنا أمر طبيعي، ولكل منا نـصيبه مـن الأحداث اليومية بدرجات متفاوتة. ومعالجة الضغوط تعني ببساطة أن نتعلم ونتقن بعض الطـرق التي من شانها أن تساعدنا على التعامل اليومي مع هذه الضغوط ، والتقليل من آثارهـا الـسلبية بقدر الإمكان، ويمكن أن نحدد عدداً من الأساليب للتعامل مع الضغوط والتعايش معهـا بايجابيـة وهي :-

1- وضع أهداف معقولة: وهو أن نبني أهداف قابلة للتحقيق في فترة زمنية معقولة.

2- معالجة الضغوط التي تواجهك أولا بأول.

3- تنظيم الوقت وجدولته ما أمكن.

4- تدريب المهارات الاجتماعية، بما فيها الاعتذار للطلبات غير المعقولة- الإقلال من صراعات العمل والعداوة في السلوك مع الآخرين- اطلب العون والمـساعدة مـن الآخـرين- أن نكـون مستعدين للتفاوض وتبادل وجهات النظر في حالات الاختلاف أو التصارع مع الآخرين.

5- التحرر من المفاهيم الخاطئة وتنمية القدرة على التفكير الايجابي.

6- التعامل مع الأعراض البدنية والانفعالات السيئة : تحديد أوقات للاسترخاء يومياً- التحكم في المشاعر العدوانية.

7- تنمية أساليب صحية مثل: الرياضة- النظام الغذائي- مراجعة المتخصصين وأهل الخبـرة- التفاؤل والإيمان بان الأمور ستتغير حتماً.

أشار إبراهيم بخيت (1996) إلي كيفية التعامل مع الضغوط وأوضح انه في الظروف العاديـة فان الناس يستطيعون عن طريق زيادة حركتهم ونشاطهم الوصول إلي توازن جديد يساعدهم على الاستجابة للمواقف الجديدة ، وعلى هذا فان الضغوط ليست بالضرورة سالبة ، ومـن الخطـأ أن نركز على الجانب المرضي للضغوط دون أن نشير إلي أهميتها للتوافق مع مواقف معينة . فـإذا اعتبرت الصحة توازناً ديناميكياً فان الضغط يعتبر جزءاً منها، لأنه لا توجد صحة بلا تفاعل مع الآخرين، والبيئة، أما الذي يعتبر مرُضياً فهو زيادة الضغط إذن فان بعـض الـضغوط عاديـة وضرورية ولكنها إذا كانت كثيفة ومستمرة أو متكررة مع غياب المساندة فان الضغط يكون سلبياً يؤدي إلي المرض النفسي الذي يمتد من التعب إلي الإجهاد.

وقد أكد بروان (1975)، وردولف(1975)، برلين وجنسون(1977) بان الملل يعتبر مـصدراً ومانعا للضغوط فمن خلاله يستطيع الإنسان أن يوفر كثيراً من الجهد البدني أثنـاء تعاملـه مـع

الحياة. كذلك فان العاملين من النساء والرجال الذين يقومون بتربية أطفـالهم فـي ظـروف ذات إمكانية متدنية فإنهم يعانون من احتمالية ضغوط وكآبة أعلى.

وأضاف عبد العزيز وزيدان (1998) إلي أن بيانج وموس(1984) تطرقا إلي ثلاث استراتيجيات لمواجهة الضغط تتضمن مايلي :-

1/ استراتيجيات معرفية، تتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي لتقدير أبعاد مصادر الضغط، ودرجة خطورتها أو حدتها.

2/ استراتيجيات إحجام وتعكس محاولة الفرد تجنب المشكلة ، وعدم التعامل المباشر مع مـصادر الضغط ، وربما يحاول الحد من التأثير الانفعالي السيئ الناتج عن الضغط بطريقة غير مباشرة .

3/ استراتيجيات سلوكية نشطة وتشمل تلك السلوكيات الظاهرة التي تعكس محاولة الفرد التعامـل مباشرة مع المشكلة أي مصدر الضغط.

وقدم فولكان ولازوراس (1985) التصور التالي لاستراتيجيات مواجهة الضغوط :-

1/ العمليات المتمركزة حول المشكلة أو مصادر الضغط وتشمل المبادة ومحاولة التفسير الايجابي للموقف ، وتحليل أبعاده بصورة منطقية.

2/ العمليات المتمركزة حول تحمل رد الفعل الانفعالي للضغط (التوتر، الألـم، الـضيق و....) وتشمل بعض السلوكيات التي تعكس عجز الفرد عن مواجهة الموقف والتماس مساعدة الآخرين، أو الانعزال عنهم، أو التنفيس الانفعالي. وقد تشمل أيضا بعض العمليات المعرفيـة مثـل قبـول الموقف والاستسلام له ومحاولة التعايش معه، وربما الانسحاب من الموقف وتجنب التفكير فيـه، وقد يلجا إلي الخيال والأمنيات والشكوى والدعاء...الخ.

3/ العمليات المختلطة : وتشمل مجموعة متنوعة مـن التـصرفات والممارسـات الـسلوكية أو المعرفية للتخلص من الضغط ، وقد تشمل الرجوع إلي الدين والتضرع إلي الله لتخليـصه مـن المشاكل اوالبحث حول مصادر الضغط للتعامل معها.

خلص عبد الرحمن الطريري (1994) من استعراض بعض استراتيجيات الضغط إلي ثـلاث استراتيجيات يمكن استخدامها في هذا الصدد وتتضمن :-

1/ تحديد أسباب الضغط أو مصادره والعمل على التخلص منه.

2/ تحديد الآثار المقترنة بالضغط أو الناتجة عنه، ومحاولة الحد من تلك التـأثيرات، أي خفـض تأثير الضغط الذي يتعرض له الفرد.

3/ تحديد المتغيرات الوسيطة بين الأسباب والنتائج (الآثار)وذلك لمواجهتها وإضعاف تأثيراتها.

وأوضح إبراهيم بخيت (1996) أن: المساندة أنواع فمنها المساندة العاطفية كالحب والاحترام وهناك المساندة المادية ونوع آخر من المساندة التقويمية والتي تتضمن مد الشخص بمعلومات يمكن أن يستخدمها في تقويم نفسه أو تجربته.

ويرى الباحث أن أهم أساليب معالجة الضغوط هو إتباع المنهج السلوكي المعرفي لأسر مصابي مرضى الفصام بغرض التوعية، والاهتمام وتقبل المريض، وكيفية التعامل معه ومع المجتمع الذي يعيشون فيه، والتعريف بحقوق المريض، ومحاولة إرجاع المريض الحياة العملية بالتدريج.

المبحث الرابع
نوعية الحياة
مقدمـــة

يذكر كل من (كانل وفونهيفن (Kendall G1999$ Veenhoven1996;39(1):1 أن مفهوم نوعية الحياة كان معروفا في الفلسفة الإغريقية القديمة منذ سقراط، حيث نوه إلي أن الحياة التي لا تتعرض لأي اختبار تعتبر غير ذات قيمة وفي الفترة من (384 – 322 ق.م) عرفها أرسطو هي الشعور بالسعادة ، حيث طالب كل القوانين بان تضع السعادة ضمن أهدافها حيث كانت تمثل عنده نمازج لأنشطة تتجه بصورة واضحة نحو أهداف معروفة تهتم بالحياة ككل أكثـر مـن كونهـا محاولات لإيجاد حلول وقتية قصيرة المدى. ، وبعد الحـرب العالميـة الثانيـة ونتيجـة للنمـو الاقتصادي لتحسين مستوى المعيشة ازدادت طموحـات النـاس بالـشعور بالرضـاء والراحـة والاستقرار النفسي.

(سيردو.Sredo D 19-15:9k2004) أن: نوعية الحياة وعرفت من خلال منظمـة الـصحة العالمية بأنها ليست فقط الخلو من الأمراض بل تشمل أيضا البناء المادي والذهني والاجتمـاعي الصحيح (1948). وفي الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية ارتـبط معيـار نوعيـة الحيـاة بالمستوي المعيشي المادي حيث أصبح يقاس بها.

وفي عام (1966 – 1970) نشرت ورقتان وضحت فيهما نوعية الحياة ، وفي عـام(2003م) تنامي مستوى نوعية الحياة كجزء من تقييم الرعايا الصحية حيث بلغ عدد الأوراق المقدمة 8304 (نظام قاعدة البيانات اولقا). وفي عام(2006م) بمنظار مختلفـة منهـا الفيزيـائي، والمـادي، والروحي، والنفسي، الاجتماعي والسياسي.(http: ologa.QOL.com)

دروك.د(Brock,D 1993: 453) ميزت الأعمال الفلسفية لنوعية الحياة سواء كانت للإفـراد أو للحياة ككل بثلاثة أنواع من النظريات وهي الانشراح، وتفضيل الشعور بالرضـاء والنظريـات المثالية للحياة الجيدة وهي:-

النوع الأول:- هنالك تأكيد على أنواع محددة للتجربة الإرادية والتي تتمثل في المتعة والـسعادة والشعور بالرضاء والاستمتاع مصحوبة بالسعي الناجح وراء الرغبات.

النوع الثاني:- ترى أن الحياة الجيدة تتمثل في تحقيق الناس لرغباتهم وما يفضلونه مـن أشـياء والرغبات والتفصيلات، وهنا ينبغي أن تفهم على أساس الشعور بالرضا العاطفي وليس العقلي أو المادي.

النوع الثالث:- تحقيق مثاليات اعتبارية محددة.

مفاهيم نوعية الحياة:-

ووصف (روسينبرج Rosenberg R ;1995;41(10):1411-5.(1982)) مفهوم نوعية الحياة في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي من خلال روسينبرغ بأنه كفـاح النظـرة المقدسـة للأفراد. التي قد لا تأتي نتيجة للعلاج التفاؤلي بالصورة المطلوبة إذا ما اعتمدنا فقط على تسجيل الأعراض والإشارات، وان هنالك أشياء قد تكون لها صلة كبيرة بالعلاج بالنسبة للأفراد والمجتمع (الوظيفة الاجتماعية والبناء النفسي الصحيح).

ويرى فرانكل (1984) إن نوعية الحياة ترتبط بادراك المعنى الجوهري للظروف الإنسانية .

ويرى (كارنوفسيكي KarunofaskyD. 1974) أن: نوعية الحياة ارتبطت بالعلاج في منتـصف السبعينيات كمهنة طبية وارتبطت بالطب النفسي، وعرفت من خلال الصحة. حيث قـال علمـاء الطب والصحة أن طول العمر لا يعني بالضرورة الصحة الجيدة حيث أصبح المفهوم الأساسـي للحالة الصحية مرتبط بالنموذج الطبي الحيوي وهو وقد وصف محصلات المرض في مجـالات القيم العملية المجردة، إمكانية تجنب الأوبئة المؤدية إلي الموت (وقد كان كارنوفسيكي هو مـن قال بعدم وجود نتيجة أو معلم فسيولوجي للسرطان وذلك في عام (1947). كما تم إدخال بعـض الملاحظات الشخصية والنفسية مثل السعادة والحزن والتي ألحقت بمفهوم نوعية الحيـاة. وذكـر ماكسيل بان الوسيلة المثلى لمعرفة نوعية الحياة هي قياس إلي أي مدى تمـت مقابلـة متطلبـات سعادة الناس ويقصد بها المتطلبات التي تعتبر ضرورية لسعادة أي شخص والتي بدونها لا يمكن لاي فرد من الجنس البشري بأن يكون سعيداً.

وقد طور (شين وجونسون Shin D, JohnsonD 1978(5): 475-92) موضـوع التقيـيم الذاتي بالمقارنة مع المفهوم وركز على تملك الموارد كضرورة لرضـاء الحاجـات والرغبـات الفردية والمشاركة في الأنشطة المساعدة على التطور والنمـو الـذاتي والرضـاء بـين الـذات والآخرين. أما جاسن فقد ذكر بأنه يمكن تعريف نوعية الحياة على أنها الـسعادة الذاتيـة- إدراك ذاتية نوعية الحياة التي تعتبر المفتاح لهذا التركيب أو البناء.

أما في الثمانيات من القرن الماضي فقد حدثت تعديلات من خلال المنظور النظري حيث اقترح أصحاب هذه النظريات تضمن الفجوة بين حالة حياة الشخص في الحاضر وبين الحالـة المثاليـة التي يتوقعها في المستقبل ضمن التعريف العام لمفهوم نوعية الحياة ، وقد أثارت هذا المفهوم جدل كبير حيث أن العديد من الواقعيين يعارضونه . ويعرف فريش (1999 – 46) نوعية الحياة بأنها الرضاء في تقييم الفرد للحد الذي تحقق فيه حاجاته ورغباته وأهدافه. حيـث اعتبـر مـصطلح

الرضاء والنوعية، مفهوم لفظي واحد وأشار لهما كمصطلحين مترادفين. بينما يراها بأنها مـدى المتعة والرضاء الذي يحدد خصائص الوجود الإنساني.

وكما عرفها (دالكي ودوركي DallkeyN,RourkiD 1973.p.127-32) بأنها: إحـساس الأفراد بالكينونة السليمة، ورضائهم أو عدم رضائهم وشعورهم بالسعادة أو اللاسعادة. وأكد كاميل على أن الرضاء والسعادة مختلفين كمفهوم قائلا بأن الشعور بالرضاء يتطلب خبرات أو تجـارب عقلية أو إدراكية بينما تستدعي السعادة خبرات أو مؤشرات عاطفية. وبالمثل اعتبرهـا هانـستر متعلقة بالخبرة الفردية للشخص مع الوضع الخاص بحياته طالما أنها تعكس الكينونـة الـصحية للشخص. وأكد هولمس وديكرسون بان نوعية الحياة مسالة نسبية تعتمد على معرفـة وخبـرات سابقة.

أما في التسعينيات فقد توسع مفهوم ليشمل (الدخل والحرية ، بالإضافة إلي جودة البيئة وتقديرا لذلك يدرك كثير من مشخصي الأمراض أن أوجه الحياة المختلفة لدى أي شخص يمكن أن تـؤثر تأثيرا واضحا على نوعية الحياة ولهذا السبب فقد تم تمرير تعديل كبير على المصطلح ليتم تحويله إلى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وذلك في المؤتمر والذي عقد في العام 1994م.

ويعرف كارل وثومبسون (1996) نوعية بأنهـا العلاقـات الايجابيـة والأنـشطة التجديديـة والإحساس بالأمان ومفهوم الحياة يتعلق بالمقدرة على الاهتمام بالنفس والقيام بالمهام الاسـتقلالية. وفي دراسة استكشافية سيروان (1997) بجامعة هونج كونج في مفهوم الكبار لنوعية الحياة حيث حصلوا على عدة مفاهيم تتلخص في صحة بدنية جيدة – الأمن الاقتصادي – الرفقة أو الصحبة - والحياة الاجتماعية- حياة أسرة سعيدة وعلاقات منسجمة - صحة وظيفيـة أو عمليـة -وجـود العاطفة – الاعتماد في المعيشة في الدعم المالي من الأبناء- السكن – الصحة الجيدة للأسـرة – مستقبل النشء والاستقلالية والمعتقد الديني والإحساس بالذات والوقار والتفاؤل.وفي عام (1998) وسع استراب مفهوم نوعية الحياة ليشمل الصحة العقلية والتكيف والسعادة الشخصية والرضاء عن الحياة والخلو من المرض أو الأعراض النفسية.

وتعرفه سعاد موسى (2000 :76) أنها تعني الرضاء في حياة الشخص الذي يأتي نتيجة للتمتع بالصحة والعلاقات الجيدة مع الآخرين وليست نتيجة للوضع المادي.

أما لاميندورا وبيليقريني بأنها ما ينجزه الفرد في وضع اجتماعي مرضـي مـع محدوديـة فـي المقدرات المادية الملاحظة. ناقش (ليندهولت 2002) وجود نوعية الحياة وإدراك الدور الذي لعبه أصحاب نظريات مثل كيفارد، وسارتير، وماسلو، وفرانك وانتوفسكي فيما يتعلق بتفـسير الحالـة

الداخلية لحياة الأفراد. كير ليفارد كمثال الحقيقة الشخصية والتي ترتبط بالذات واختلافها من فرد إلي أخر بصورة متطرفة.

وفي (2006) أصبح مفهوم نوعية أكثر تطورا لكل ما هو متعلق بالرعية الصحية والتركيـز على الجانب العملي والنظري في إعادة التأهيل. (http://www.ollga.qol.com)

مفهوم نوعية الحياة الإجرائي استنادا على مفهوم نوعية الحياة الذي يتعلـق بالرعايـة الـصحية ومفهوم الشمولية(الأبعاد الذات– الانجاز الشخصي– العلاقات -المحيط).

حيث يتناول الباحث هذه الأبعاد لقياس نوعية الحياة لذوي(أسرة) مـريض الفـصام باعتبـار أن المستوى الشخصي للفرد يشمل أهله وعشيرته، وأصدقاؤه وخاصة أسرته، المدرسة والعمل.

أبعاد نوعية الحياة :-

يذكرب. سبيكر ود. رفيكي(1996: 25- 31) يتضمن مفهوم جودة الحياة أربعة مجالات هي:-

1- الشخصية الداخلية.

2- الشخصية الاجتماعية.

3- البيئة الطبيعية الداخلية.

4- البيئة الاجتماعية الخارجية.

ويتألف كل بعد منها من عدة مكونات والتي بدورها تتألف من عدة عوامل فردية.

1/ الشخصية الداخلية:- الأوجه في دواخل كل فرد والتي تؤثر على ملاحظتها عـن والوظيفـة والكينونة الصحيحة. وتؤثر الشخصية والعوامل الداخلية الأخرى على ملاحظتنا حـول أحـداث الحياة وظروفها والتي تشمل الشعور بالألم والمرض. وتتوفر عوامل التحكم الذاتي للفرد، ودوافعه وعدد من العوامل الأخرى مع التكيف المثالي مع مشاكل الصحة وظروف الحياة الضاغطة.

2/ الشخصية الاجتماعية :- يرتبط بالشبكة الاجتماعية للفرد والبيئـات الاجتماعيـة، المحيطـة به،ويشمل ذلك بالطبع الأسرة، العلاقات الاجتماعية، المجموعات الدينية، الأندية والأوجه الأخرى للبيئة الاجتماعية. حيث يساند عدد مقدر من البحوث وجود علاقة بين الصحة المادية (الجسدية) والصحة النفسية وبين المعايير الكمية والكيفية للدعم الاجتماعي للفرد.

3/ البيئة الطبيعية الخارجية:- يتناول البيئة الطبيعية والجغرافية التي يعيش ويعمل فيهـا الفـرد. ويشمل ذلك جودة الماء والهواء وحالة الطقس، الخصائص الجغرافية وسحر الطبيعة المحيطة بـه (من جبال، وغابات، وشؤاطي).

4/ البيئة الاجتماعية الخارجية:- ويتضمن المنظمات الاجتماعية المؤهلـة والخلاقـة، والبنيـات والمؤسسات المحيطة ببيئة الفرد. وتشمل هذه العوامل بصورة عامة عدة أوجـه مثـل الأوجـه

الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، والتي تعطينا السياق الأكبر لحياة النـاس اليوميـة. (مثـل: الجيران- مراكز التسويق- الأسواق التجارية- المؤسسات الثقافية وقضايا الجريمة والأمن).

قامت وحدة أبحاث نوعية الحياة بجامعة تورنتو(2000) بتعريف ثلاثة أبعاد لنوعية الحياة هـي الكينونة، الانتماء، والصيرورة.

1/ الكينونة وهي تضمن الكينونة الجسدية والتي تشمل الـصحة الجـسدية والنظافـة الشخـصية والتغذية والملابس والمظهر الشخصي. كما تضمن الكينونة النفـسية وتكيفـه ومعارفـه العقليـة ومشاعره وتقيمه لذاته وتحكمه في نفسه، والكينونة الروحية، وتعكس القيم الشخـصية والمعـايير الشخصية للسلوك والتصرف، والمعتقدات الروحية التي يمكن ان ترتبط أو لا ترتبط بدين منظم.

2/ الانتماء: ويشتمل على ملائمة الفرد للبيئة وله ثلاثة جوانب فرعية هـي الانتمـاء الجـسدي، الانتماء الاجتماعي والانتماء للجماعة، ويعرف الانتماء على انه صلة الفرد بالبيئة الماديـة مثـل المنزل ومكان العمل والجيران والمدرسة والمجتمع. أما الانتماء الاجتمـاعي فيـشمل الارتبـاط بالبيئات الاجتماعية التي تضم الإحساس بالقبول والحميمة عند الأصدقاء والأسرة وزملاء العمـل والجيران والمجتمع، ويمثل الانتماء للجماعة المداخل للموارد تكون عادة متاحة للفـرد المنتمـي للجماعة مثل الدخل الكافي وخدمات الصحة والرعاية الاجتماعية والعمـل والبـرامج التعليميـة والترفيهية ونشاطات الجماعية.

3/ أما الصيرورة وتطلق على النشاطات الهادفة التي ينفذها الفرد لتحقيق أهدافه وأماله ورغباتـه وتشمل الصيرورة العملية والصيرورة الترفيهية وصيرورة النمو، أما الصيرورة العمليـة فهـي تصف الأعمال اليومية مثل الأعمال المنزلية والعمل بـاجر والدراسـة والأعمـال والتطوعيـة والاهتمام بالصحة والحاجات الاجتماعية. والصيرورة الترفيهية تشمل النـشاطات التـي ترقـي الاسترخاء وتقلل من الضيق كالنزهة في الضواحي والزيارات العائلية والنـشاطات ذات المـدى الطويل مثل الإجازات والعطلات، بينما صيرورة النمو هي النشاطات المقصود بها الاستمرار في التحسين أو الحفاظ على المعارف والمهارات.

وأشارا كار وسامبثون(1996) لتعدد وجهات نظر الكتاب والخبراء النفسانيين والأطباء حـول أبعاد نوعية الحياة منهم من يرى أنها تشمل الجوانب الجسمية والاجتماعية والعاطفية بينما يـرى البعض الأخر أنها تشمل الرضا عن الحياة وتقدير الذات للصحة عامـة والوضـع الاقتـصادي والاجتماعي (جورج وبيرو) وأيضا منهم من رأى أنها تشمل الرفاهية المادية والجسمية والعلاقات مع الآخرين والأنشطة الاجتماعية والمجتمعية والنمو والانجاز الشخصي والإبداع.

أما الباحثون في مركز أبحاث نوعية الحياة بالدنمارك(2000) فقد كان تميزهم لنوعية الحياة في بعدين هما :-

1- نوعية الحياة الذاتية.

2- نوعية الحياة غير الذاتية.

نوعية الحياة الذاتية:-

تشير إلي الإحساس بان نوعية الحياة التي يعيشها الفرد جيده ومقنعة ومقتنع بالأشياء بوجه عام

نوعية الحياة غير الذاتية:-

وتعني الحياة الموضوعية وتعني الإيفاء بالمتطلبات المجتمعية والثقافية للثروات المادية والوضـع الاجتماعي والصحة البدنية.

حدد (ليدلي وماكينا) أبعاد نوعية الحياة بالعناصر التالية:

1/ القدرة على العمل.

2/ العلاقات الأسرية (الكينونة النفسية والمادية السليمة).

3/ الحالة الوظيفية المادية

4/ التنافس السلوكي في المجالات المتعددة(الصحة – الإدراك)

5/ التوظيف الاجتماعي.

6/ البيئة الموضوعية.

بينما أضاف فيريل الكينونة الروحية السليمة وعلى النقيض أضاف بعض البـاحثين التوظيـف الإدراكي والمقدرة الذهنية واتفق كوليف على بعد التوظيف الإدراكي ولكنه أضاف البعد الإدراكي بينما يرى هور فون أبعاد نوعية الحياة ثلاثة البعد النفسي والمادي والروحي.

ووجد Bonhamو Basehart S(2004: 42- 55) تحليل حديث في أدبيات مجـالات نوعيـة الحياة الفردية اتفاقا واضحا مع هذه المجالات، وقدمت الستة عشر دراسة التي نـشرت وحللـت حوالي 125 مؤشراً. ونسبة كبيرة منها (74,4%) تتعلق بثمانية من المجالات الجوهرية لنوعيـة الحياة وهي:-

1/ العلاقات الشخصية.

2/ الضمان الاجتماعي.

3/ التطور الشخصي.

4/ الكينونة المادية السليمة.

5/ الإثارة الذاتية.

6/ الكينونة العاطفية السليمة.

ويذكر كل من Allen CA& Bishop A(2003) و Jalowiec(1990) وFelce D (1995) وحدد الباحثون الذين يعملون في الدراسات الإنسانية المختلفة مجموعة مترابطة وواضحة من المجالات الجوهرية كمحددات لنوعية الحياة بالرغم من تشعبها إلا أنها تعددت بصورة متماثلة وهي تشمل:-

1/ الكينونة النفسية السليمة (وتعرف في بعض الأحيان بعملية الرضاء بالحياة، الخلو من القلق الكآبة) .

2/ الكينونة المادية السليمة.

3/ الكينونة الاجتماعية (الشخصية السليمة).

4/ الكينونة المادية السليمة.

5/ الاستخدام والإنتاجية.

6/ المقدرة الوظيفية.

لخص بوند(1996: 309) العناصر الضرورية التي يجب توفرها لنوعية الحياة تقع تحت خمسة أبعاد رئيسية وهي:-

1/ الرضاء بالحياة.

2/ القدرات الإدراكية لتقييم الحياة.

3/ توفر الصحة الاجتماعية والعاطفية والمادية والذهنية، بمعيار تقييم ذاتي.

4/ السعادة .

5/ الكينونة السليمة.

يذكر كل من Berzon R, Schumak(1993: 1-2) & Avis N, Smith(1994) أن هنالك اتفاق وسط الباحثين الذين يحملون مبادئ نوعية الحياة المتعلقة بالصحة حيث يرون أنها تشتمل على الأبعاد الآتية :-

1/ البعد المادي.

2/ والبعد الاجتماعي.

3/ والكينونة البيئية السليمة.

واتسعت هذه النقطة جزئيا على الاعتقاد بان تحسين الكينونة السليمة في هذه المجالات مقيم من كل الأشخاص، وتمتد جذوره بالعادات الاجتماعية العامة والتي تشجع على تحقيق الأهداف، الإنتاجية الفردية، والاستعداد الذاتي.

مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:-

قامت العديد من الدراسات حول ملائمة المعايير العالمية لنوعية الحياة مع الدراسات الطبية وذلك من لان هذه المعايير وبكل بساطة أكثر من عمومية من أن تؤخذ كنموذج لتقييم التدخل الطبـي. حيث ترتبط هذه المعايير العالمية بصورة كبيرة مع بعض العوامل خارج نطاق الرعايـة الطبيـة مثل (التعليم، الدخل، والحالة الاجتماعية).

ويستخدم كل مـن Bishop(2001: 15)& Dalkey N, Rivecki(1973: 209) مـصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOF) باستمرار للتميز بين مفهوم نوعية الحيـاة بمعناهـا العام وبين نوعية الحياة المرتبطة بالحاجة للعلاج والأدوية فالأول يمثل كل ما هو متعلق مباشـرة بصحة الأفراد. حيث أن استخدام هذا المفهوم يعتبر شيئا أساسيا في مجال الرعاية الصحية، إذ انه يدرك تأثيرات المرضى.

ويرتبط التعريفان مع بعضهما البعض بشكل وثيق، ولا تعتبر أوجه الحياة العاليـة القيمـة مثـل الدخل، الحرية، ونوعية البيئة من مسائل الصحة ولكنها تؤثر عليها.

ويذكر Spilker(1996) أن (سيلا) يعرف مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بأنها تـأثيرات الحالة الطبية أو تأثيرات العلاج على الكينونة المادية والذهنية والاجتماعية للشخص.

أما (بيرزون) يرى أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تصور بشكل كبير الـي مـدى شـعور المرضى بالرضا تجاه المستوى الوظيفي والحالة لهم بالمقارنة مع ما يرونه مثالياً.

بينما يراها بروان بأنها الهدف الأساسي لترقية الصحة، بالمدى الذي تؤثر به الصحة على قـدرة الفرد على أداء الأدوار الوظيفية مقرونة بالأنشطة اليومية للحياة وبدرجة الرضا التي يصل بهـا للقيام بذلك.

ويذكر Martin A, Stockler(1998: 641) تنطلق محاولات تعريف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من توجيهات منظمة الصحة العالمية (WHO). وتعرف الـ WHO الصحة بأنها حالة اكتمال الكينونة المادية والاجتماعية والذهنية السليمة وليس مجرد الخلو من الأمراض، وقد دخـل هذا المفهوم (الصحة الايجابية) في مقابل أن تقييم الصحة يجـب أن يتـضمن عوامـل نفـسية واجتماعية. كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار أي تقييم لنوعية الحياة المرتبطة بالـصحة العوامـل النفسية والاجتماعية والمادية.

وتتمثل المحاسن الجوهرية لمعايير نوعية الحياة لمرض معين في:-

1- أنها تركز على الأمراض ذات الاهتمام.

2- أنها يجب أن تكون أكثر حساسية مع التغيرات المرض (سواء تطور طبيعي للمرض أو عـن طريق تدخل طبي. بينما اكبر مساوية انه يعوق إجراء مقارنة وسط السكان الـذين يـأتي مـنهم المريض.

ويذكر Sirgy M, Miichalos(2006: 343- 466) يمكن استخدام نوعيـة الحيـاة المرتبطـة بالصحة ونوعية الحياة كمترادفات، ويرى البعض أن المحققين ومعاييرهم كانوا يركـزون علـى الأوجه الاجتماعية، والمادية، والنفسية، والحالات الوظيفية الأكثر وضوحا والأنـشطة الحياتيـة اليومية أو حدود الدور وذلك استنادا على التعريف الأصلي لمنظمة الصحة العالمية WHO.

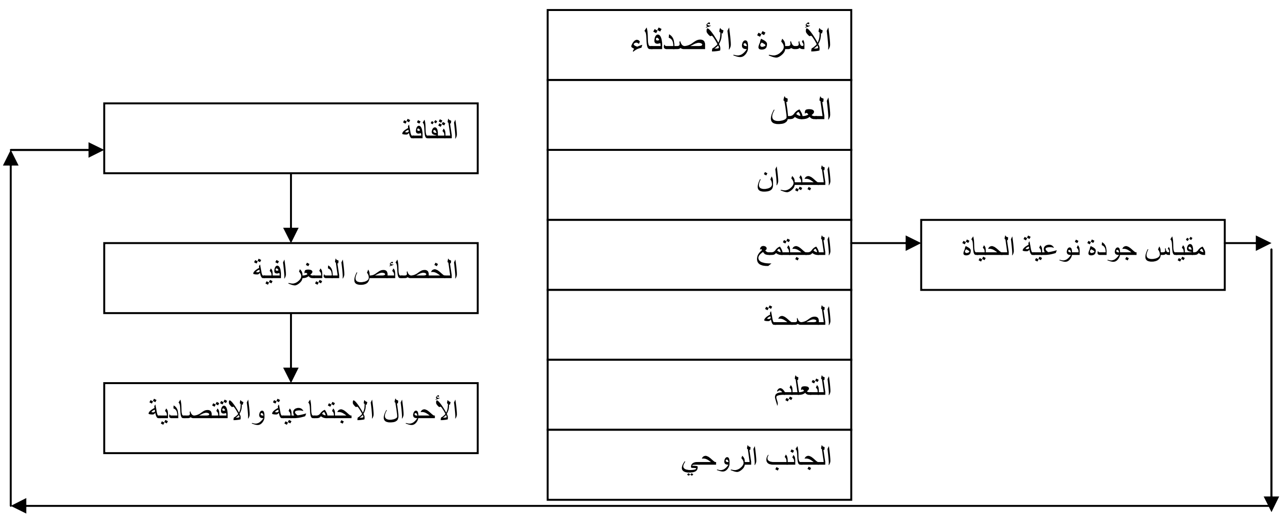
أما نوعية الحياة فقد تعلقت بصورة واضحة بالعواطف الملاحظة بصورة شخصية مثل الرضـا والسعادة، وهنالك تمايز بين ما هو شخصي وبين ما هو موضوعي فيما يتعلق بنوعيـة الحيـاة. الأول متشعب في الاهتمام بالتقييم الذاتي مستنداً على ظاهرة مطلقة مثل الشعور الذاتي للـشخص بالصحة. أما النوع الثاني فيعود الي تطابق الحياة مع النموذج الصريح للحياة الجيدة والمقيمة من خلال مصدر خارجي كنتيجة الفحص الطبي مثلاً وليس للأطباء رأي أخر.

قياس نوعية الحياة:-

المدخل لقياس نوعية الحياة جاء من الرأي القائل بأن هنالك عدد من نواحي الحياة، تساهم كـل منها في التقييم العام لنوعية الحياة تشمل هذه النواحي:-

الأسرة، الأصدقاء، الجـوار، المجتمـع، الـصحة، التعلـيم والجانـب الروحـي. All Right Burred.disigan a total. Design net.

وتذكر(وفاء مالك2002: 54)أن جامعة اوكلاهما قسم الخدمة الاجتماعية قـام بتلخـيص أبعـاد نوعية الحياة في النموذج التالي:-



ويهدف قياس نوعية الحياة لتطويرها لتواكب التطور البشري وحاجاته.

عملت مدينة فانكوفر على قياس نوعية الحياة مستخدمة المؤشرات التالية:

1- درجة التحمل Community of Affordability

2- نوعية مقياس التوظيف Quality of Employment of Employment

3- نوعية مقياس السكن والتسكين Quality of Housing Measure

4- مقياس صحة المجتمع Health community Measure

5- مقياس رأس المال البشري Human capital Measure

6- مقياس الضغط النفسي للمجتمع Community stress Measure

7- مقياس سلامة المجتمع Community safety Measure

8- مقياس مشاركة المجتمع Community participation Measure

وفي تقرير للأمم المتحدة عن التنمية البشرية 1979 (UNDP)فقد نـشرت فهـرس التطـور البشري السنوي (HDI) للأقطار حول العالم وهي تختبر الصحة، التعليم، وثروات مواطني كـل أمة وذلك بقياس:

1- توقع العمر Life expectancy

2- الانجاز والتحصيل التعليمي Educational literacy

3- محو الأمية Adult literacy

4- المستوى المعيشي Standard of living

ثم تم توسيعه بإضافة الإحساس بالأمان، الرفاهية،النشاطات الترفيهيـة، العلاقـات الاجتماعيـة الايجابية، الانتماء للوصول لقياس نوعية الحياة.

وفي أدبيات الطب الاجتماعي فأن نوعية الحياة تعادل مصطلحات متنوعة تتـضمن: الرضـا عن الحياة، الرفاهية الذاتية، تقدير الذات، السعادة، الصحة، معنى الحياة، والتأقلم.

وبناء على تنوع هذه المصطلحات وتعدد الأبعاد التي تتضمنها مقاييس نوعية الحيـاة، يـورد ماك كول(248، 1975) أن الطريقة المثلى لقياس نوعية الحياة هي قياس كل مجالات المعيـشة للفرد التي تمثل في مجملها تقييما لنوعية حياته.

هناك العديد من المقاييس لنوعية الحياة، وكمثال لتلك المقاييس يورد الباحث في هذه الدراسـة مقياس نوعية الحياة الذي قام بوصفه العالم فريش(1999) والذي على ضـوءه صـمم الباحـث مقياسه بعد اطلاعه على عدد من البحوث السودانية التي اقتبست من هذا المقياس.

وقد تميز هذا المقياس بأنه يقوم على توجه عيادي لارتكازه على أساس نظري يسمى علاج نوعية الحياة وبقابليته على التطبيق العيادي، والمقياس يتصف بالشمولية إذ أنه يقيم الرضا عن الحياة أو نوعية الحياة من خلال(17) مجالاً من مجالات الحياة وإن الرضا وفق هذا المقياس يتألف من كم كبير من الرضا عن الذات أو المجالات التي تعتبر ذات أهمية للفرد ويفترض فريش(1999) أن الرضا في أحدى المجالات ذات القيمة العالية والهامة في حياة الفرد له أكبر الأثر في تقدير الرضا الكلي عن الحياة ووضع فريش قائمة تشمل سبعة عشر مجالاً من الاهتمامات الإنسانية في مقياس نوعية الحياة وقد قسمت هذه المجالات إلي أربعة أبعاد هي بعد الذات، الانجاز الشخصي، العلاقات، والمحيط. وأشار فريش إلي أن كل بعد من هذه الأبعاد يتضمن جوانب معينة نوردها كما أوضحها.

البعد الأول: الذات

يتضمن هذا البعد الصحة، اعتبار الذات، فلسفة الحياة بالنسبة لجانب الصحة، أورد عبد الفتاح محمد (1994: 506) أن منظمة الصحة العالمية (WHO 1964) تعرف الصحة بأنها حالة الرفاهية أو السعادة الجسمية والنفسية والاجتماعية التامة وليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف. ويؤكد كذلك مصطفى خليل (1994: 27) بأنها لا تقرر إلا بالأداء والإحساس بالمتعة من جراء السيطرة على مقدرات وإمكانات هذا الجسم والاستخدام الايجابي لها في الحياة اليومية غير أنه يمكن أن يوصف الإنسان بأنه سليم جسمياً فحسب، وانتظام دقات قلبه ومعدل الايض، بمعنى أنه يستطيع أن يواجه الظروف الطبيعية التي تتطلب استعداداً جسدياً سليماً.

ولتوافق جانبا الملائمة أو التلاؤم والرضا، والتلاؤم يرتبط بالبيئة المادية ومطالب الواقع بكل جوانبه الاجتماعية والثقافية أو البيولوجية والطبيعية ولا يتحقق إلا إذا صاحب هذا التوافق (رضا) الإنسان وإحساسه بالسعادة والتقبل النفسي من الهدوء والاسترخاء الذهني والنفسي مصحوبة بشعور سار نتيجة إشباع أو تحقيق أو توقع تحقيق هدف ما تحقيق كليا في موقف تفاعلي. ويتفق مع وجهة النظر هذه عبد الرحمن العيسوي(1989: 49) إذ يرى أن الشخص يعتبر صحيحاً نفسياً إذا كان متكيفاً مع بيئته ويستطيع تكوين وتدعيم صلاته وعلاقاته الاجتماعية حتى تخلو من الصعاب والمضايقات وتكون بالنسبة له مجدية اجتماعياً وشخصياً حتى يجد الرضا والمتعة.

وبالنسبة لاعتبارات الذات يعرفه بتروفسكي(1996: 27) بأنه تقييم الفرد لذاته وأماله المستقبلية ومميزاته ووضعه بين الآخرين وتقدير الذات منظم هام لسلوك الشخص. وتعتمد علاقة الفرد مع غيره وصدقه مع نفسه ونقده لها وموقفه من نجاحه وفشله في تقدير الذات. وبهذه الطريقة يؤثر هذا التقدير في كفاءة الإنسان ومواصلة تطور شخصية، ويرتبط تقييم الذات بشكل وثيق بمستوى

التطلعات أي بمدى صعوبة الأهداف التي رسمها الفرد لنفسه عندما لا تتطابق مطالب الـشخص مع قدرته الفعلية يؤدى هذا إلي تقدير خاطئ للذات مما يترتب عليه سلوك غيـر مناسـب يتـسم بالإحباط والقلق المتزايد.

وأيضا هنالك جانب وهو فلسفة الحياة والتي يرى فريش أنها تتعلق بأن يكون للشخص نسق من القيم يحكمه وأهداف ومعتقدات من خلالها يجعل لحياته معنى ويحسب بالغاية، وتساعده في وضع خطة تتعلق بكيفية عيشه وحياته وتأقلمه مع المشكلات اليومية، وتساعده على أن يقـرر بطريقـة أفضل في مواقف معينة.

وهنالك ايضاً جانب التدين ففي اللغة العربية له معان عديدة منها الجـزاء والمكافـاة والعبـادة والطاعة. ويعرفه عبدالعزيز واخرون المذكورة في منتصر كمال الدين (2006: 22) بأنه يقـصد به ما يقوم به الفرد من سلوك واتجهات ومعتقدات دينية تجاه خالقه ونفسه وأفراد مجتمعه وذلـك بالتمثيل بالقيم والاخلاق التي يدعو لها الدين. ويؤكد عبد الرحمن عثمان المذكور منتصر كمـال الدين(2006: 22) أثر التدين الايجابي على حياة الفرد بايراده لنتائج مجموعة من الدراسات التي اتفقت في أهمية وحقيقة قيمته وذاته وعمله، وأكثر معرفة بغاية حياته(من أنا؟) (من أين أتيت؟)(الي أين أذهب؟) مما يكون لديه بالتالي احساساً بالاتجاه والتحكم والـشعور بالرضـا والغـرض والمعنى من الحياة والانتماء اليها أخذاً وعطاءاً. كما يكون الملتزم أكثر قدرة على تحدي الـشدائد وتفسيرها على الوجه الاحسن الذي يستلزم الرضا والشكر.

البعد الثاني: الإنجاز الشخصي

يتضمن هذا البعد العمل، الاستجمام، التعليم، الإبداع، الخدمة الاجتماعية، والمواطنة.

بالنسبة لجانب العمل يعرفه فريش(1999) بأنه(نشاط الفرد في مكان العمل أو المدرسة والـذي يشمل أيضا المحيط الأمني المتوفر في بيئة العمل والعلاقات مـع الـزملاء، وتـوفر المعـدات والأشراف، ومما لا شك فيه أن العمل يعطي قيمة معنوية للفرد والإحساس بأنـه يعطـي وينـتج ويرفع ذلك من اعتباره وتقيمه لذاته ويزيد من فرصته في الاستقلالية وحرية الرأي، وعلى العكس من ذلك فإن العطالة تؤدي لشعور بعدم الجدوى، وانخفاض تقدير الذات.

أما الاستجمام فيرجعه فريش (1999) إلي الأنشطة التي تهدف إلي الاسترخاء وترقية وتطوير الذات.

بالنسبة للتعليم يرى فريش(1999) أنه يتصل باكتساب المعرفة والمهارة، وفهم مجال الاهتمام. وأستنتج من ذلك أن الخبرات التعليمية تزيد من إمكانية التأقلم مع المشكلات، وترفع من اعتبـار الفرد لذاته، وكلها جوانب هامة في كيفية تجنب الضغوط وكيفية التعامل معها عند وقوعها عليهم.

أما الإبداع فيرى فريش(1999: 29) أنه يتضمن الخبرات المميزة للفرد في مجاله، خاصة المتعلقة بالأصالة والخيال، والممارسة للهوايات التي تعطي الشعور بالتفرد والابتكارية، ويمكن أن يشمل تزيين المنزل أو أي أنشطة ذات أهمية.

أما الخدمة الاجتماعية والمواطنة فيرى فريش(1999: 29) أنها تتعلق بمساعدة الآخرين وتشجيعهم في قضاء حاجاتهم سواء كانت هذه الخدمة يقوم بتقديمها الفرد بصفة شخصية أو بصفته عضواً في منظمة أو لجنة في الحي بنادي، بينما تتعلق المواطنة بالأنشطة التي يقوم بها الفرد فيما يختص بقضايا المجتمع مثل التصويت في الانتخابات أو دعم قضية أو قضية قومية أو فكرة تجعل المجتمع أفضل.

البعد الثالث: العلاقات:

العلاقات يعرفها بتروفسكي وياردوفسكي(1996: 153) بأنها العلاقات بين الناس والتي تظهر بشكل طبيعي في أنواع التفاعل بين الأشخاص والتأثيرات المتبادلة في عملية النشاط المشترك للأفراد والاتصال بينهم ويرى فريش(1999: 36) أن العلاقات تشمل علاقات الحب، الصداقة، العلاقات مع الأطفال، والأقرباء.

بالنسبة لعلاقات الحب يعرفه فريش(1999: 36) بأنه درجة عالية من الموقف الانفعالي الإيجابي، يبرز هدفه من بين الأهداف الأخرى وتضعه في مركز الحاجات والمصالح الحيوية للشخص(مثل حب الوطن الأم، الأطفال).

أما الحب العاطفي يعرفه بتروفسكي وياردوفسكي(1996: 153) أنه يشير لعاطفة الشخص المكثفة المستقرة نسبياً. والمحكومة فسيولوجياً بالحاجات الجنسية، يكون التعبير عنها بمحاولة وضعها في إطارها الاجتماعي، وتصطبغ عاطفة الحب عادة بصبغة العميقة وتصاحبها عواطف متغيرة يحكمها الموقف؛ مثل الرقة والنشوة والغيرة وغيرها.

يؤكد عالما النفس بترونسكي وياردوفسكي(1996: 171) على أهمية العلاقات العاطفية، والحاجة للحب، ويقررون أن إحباط الحاجة الي الحب يؤدي إلي تدهور الحالة النفسية والجسمية، وأن هنالك صلة وثيقة بين مشاعر الحب الفردية وتقاليد المجتمع وخصائص التربية الأسرية.

أما الصداقة يعرفها بترونسكي وياردوفسكي (1996: 103) بأنها نوع اختياري ومنتظم من العلاقات بين الأشخاص يتميز بالروابط المتبادلة بين أطراف هذه العلاقات وتكشف عمليات الانتماء والتوقع المتبادل للمشاعر.

وتعتمد الصداقة على الأهداف والمصالح والمثل العليا والنوايا المشتركة وهي تكشف وحدة الاتجاه القيمي، وراء العلاقات داخل الصداقة. محددة القيمة الاجتماعية والنشاط الذي كرس له

الأصدقاء أنفسهم ولهذه الأفكار والاهتمامات التي ترتكز عليها وحدتهم وتتميـز العلاقـات بـين الأصدقاء بصلة عاطفية عميقة.

أما العلاقات مع الأطفال يرى ماهر محمود (1988: 453) أنها تتعلق باهتمام ومتابعة الأفـراد لنمو أطفالهم والاستمتاع بمصاحبتهم ومساعدتهم في كل نشاطاتهم (المنزلية، والمدرسـية) فمـن حقوق الطفل توفير البيئة النفسية المتزنة والتفاعل الإيجابي بالانفعال أو توتر اختيار الاسم الجيد، التنشئة الاجتماعية السليمة، أن يتحقق لهم تنمية سلوكية إيجابية لكي يتمكنوا من ممارسة التواصل الجيد.

أما العلاقات الاجتماعية يعرفها إبراهيم مدكور (1975: 404) بأنها الروابط والآثار المتبادلـة بين الأفراد في المجتمع وتنشأ من طبيعة اجتماعهم، وتبادل مـشاعرهم وأحاسيـسهم واحتكـاك بعضهم بالبعض الأخر، ومن تفاعلاتهم في بوتقة المجتمع، وتختلف العلاقات في طبيعتها فمنها ما يؤدي إلي المجتمع والتآلف وتسمى العلاقات البنـاء(Constructive relationship)الإيجابيـة (Active) ومن العلاقات مما يؤدي إلي التفكك والتنافر الاجتماعي تسمى العلاقات الهادمة ويطلق عليها العلاقات السلبية (Passive) ومنها ما هو مباشر ومنها الغير مباشر؛ فالمباشر العلاقات في محيط الأسرة، والعلاقات في محيط العمل، والغير مباشرة مثل علاقة الفـرد بالدولـة، وتختلـف درجات التقبل الاجتماعي باختلاف مكونات الشخصية والمواقف الاجتماعية.

ويقصد فريش (1999: 26) بالعلاقات مع الأقرباء والتي تتكون من علاقة الفرد بوالديه وأخوتـه والأقرباء (ذوي الرحم) ويعبر عنها بزيارة الأقرباء ومشاركتهم الأنـشطة والتفـاهم المتبـادل والمساعدة بكل أنواعها.

البعد الرابع: المحيط

ويتضمن المجتمع، المنزل، الجوار.

بالنسبة للمجتمع يعرفه إبراهيم مدكور (19975: 515) بأنه وحدة محددة النطـاق الايكولـوجي والديموغرافي . وهي خاضعة لسلطات الدين والأعراف والموضوعات الاجتماعية، وتسيطر على أفرادها العواطف والمشاركات المجتمعية، وتسوده روح التضامن والتعاون التلقائي.

ويرى فريش(1989: 29) أن المجتمع هو المدينة أو المنطقة التي يسكن فيهـا الفـرد ويتـضمن جاذبية المنطقة وأمنها من الجريمة، والناس قيمهم وعاداتهم وتقاليدهم والبيئة المحيطة، والخدمات الحكومية، والخدمات الحكومية والمواصلات والصحة والترفيه.

المبحث الخامس
الدراسات السابقة

مقدمة:

لم يتيسر للباحث العثور على دراسات مطابقة لموضوع الدراسة الحالية وذلك بعد مراجعته للعديد من المكتبات الجامعية والمكتبات العامة بالإضافة إلي البحث في الانترنت. لذلك سوف يتم الاختصار على عرض الدراسات التي نرى أنها تضمنت بعض جوانب الدراسة الحالية. وتم عرضها حسب متغيرات الدراسة، الدراسات المتعلقة بالضغوط النفسية ثم الدراسات المتعلقة بنوعية الحياة. ليأتي بعد ذلك مناقشة هذه الدراسات كخاتمة لهذا الفصل.

أولاً: دراسات المتعلقة بالضغوط النفسية:-

الدراسات السودانية:-

1/ دراسة مبارك عثمان الشيخ(2007)

تحت عنوان الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات. هدفت الدراسة إلي قياس الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات. هدفت الدراسة إلي قياس الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالعلة الدماغية. حيث بلغت عينة الدراسة (250) فرد من (125) من الذكور و(125) من الإناث. وكانت النتائج كالأتي:-

1- أن الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تتسم بالانخفاض.

2- لا توجد فروق في الضغوط النفسية لأسر المصابين بالعلل الدماغية تعزى لمتغير النوع

3- توجد علاقة ارتباطيه بين الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية والمستوى التعليمي.

4- وجود فوارق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تعزى لمتغير العمر.

2/دراسة وفاء مالك إبراهيم حيدوب(أكتوبر2002)

الضغوط النفسية لمرض الصرع وعلاقتها بنوعية الحياة(دراسة ميدانية لعينة من مرضى الصرع العام ألتصلبي بمستشفيات الصحة النفسية ولاية الخرطوم)

هدفت الدراسة لمعرفة درجة الضغوط التي يعاني منها مريض الصرع وعلاقتها بنوعية الحياة، كما هدفت لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى (النوع، العمر، التعليم، الحالة الاجتماعية، والبيئة)؛ استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في جمع البيانات. تكونت

العينة من 93 فرداً تتراوح أعمارهم بين (10 – 75) (65 ذكراً، 28 إناث) من المرضى المترددين والنزلاء بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم. استخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية لمرض الصرع من تصميم الباحثة، ومقياس نوعية الحياة المعدل من مقياس نوعية الحياة لمرضى الفشل الكلوي. إعداد بروفسور س. برادلي 1996، قامت الباحثة بتعديل العبارات لتتناسب مع حالة مرضى الصرع. وتوصلت الدراسة لنتائج التالية:-

1- النسبة الأكبر من المصابين بمرض الصرع تعاني من الضغوط النفسية بدرجة حادة

2- وجود فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى لمتغير النوع، أي إن الإناث أكثر معاناة من الذكور في مختلف أنواع الضغوط والدرجة الكلية.

3- وجود علاقة ارتباطيه عكسية ذات دلالة إحصائيا بين الضغوط النفسية والمستويات العمرية لدى مرض الصرع.

4- وجود علاقة ارتباطيه فرضية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي.

5- وجود فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى لمتغير البيئية الحضرية، حيث تبين أن الحضريين أكثر معاناة من الريفيين في جميع أنواع الضغوط والدرجة الكلية.

6- وجود فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى للحالة الاجتماعية.

7- وجود علاقة ارتباطيه عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لمرضى الصرع.

الدراسات العربية:-

1/ دراسة جلال جرار 1990

بعنوان الضغوط النفسية لدى أمهات المعاقين عقليا بدولة البحرين.

هدفت الدراسة إلي التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية بين أمهات المعاقين عقليا وأمهات العاديين، وبلغ حجم العينة (225) من الأمهات (137 من أمهات ذوي الحاجات الخاصة و88 من أمهات العاديين، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وأظهرت النتائج البحث وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الضغوط النفسية بين أمهات المعاقين عقليا وأمهات الأطفال العاديين.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بنوعية الحياة:-

1- دراسة مها عبد الرحمن عبد الرازق(2002)

تحت عنوان نوعية الحياة لدى مرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهنية في ضـوء بعـض المتغيرات الديموغرافية. حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة نوعية الحياة لدى المكتئبين في ضـوء بعض المتغيرات الديموغرافية واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وتكونت عينة الدراسة من (29) فرداً، (15 من الذكور، و14 من الإناث) مـن المرضـى المتـرددين والنـزلاء فـي مستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم، حيث توصلت الباحثة إلي النتائج التالية :-

1- تتصف نوعية الحياة للمكتئبين بالسلبية.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المكتئبين في نوعية الحياة تعزى لمستويات الاكتئاب.

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المكتئبين في نوعية الحياة تعزى لصالح الذكور.

4- عدم وجود فروق ذات دلالة بين المكتئبين في نوعية الحياة تعزى للمستوى التعليمي.

5- عدم وجود فروق ذات دلالة بين المكتئبين في نوعية الحياة تعزى للمستوى العمري.

6- عدم وجود فروق ذات دلالة بين المكتئبين في نوعية الحياة تعزى للحالة الاجتماعية.

2/ دراسة سعاد موسى (2000)

بعنوان نوعية الحياة لدى أسر أم درمان القديمة وعلاقتها بالصحة النفسية لربات البيـوت فـي أم درمان القديمة. تكونت عينة الدراسة (63) امرأة من ربات البيوت، واستخدمت الباحثـة مقيـاس نوعية الحياة المصمم من قبلها، ومقياس الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية. وتوصلت إلـي النتائج التالية:-

1- توجد ثلاث مستويات في نوعية الحياة لدى الأسر في أم درمان القديمة وهـي اسـر نوعيـة حياتها منخفضة، واسر متوسطة، واسر مرتفعة في نوعية حياتها.

2- الصحة النفسية لربات البيوت وسط هذه المستويات الثلاثة لنوعية حياتها تضمنت فروق فـي الأعراض النفسية الآتية:-

أ- فرط الحركة.

ب- المخاوف.

ج- صعوبات النوم.

3- الاختلاف بين ربات البيوت لوحظ بين الأسر التي نوعية حياتها مرتفعة مقارنة بالمتوسـطة وبين المنخفضة في نوعية حياتها مقارنة بالمتوسطة.

4- مستوى التعليم لديه دلالة هامة في الصحة النفسية لربات البيوت في كل المجموعات. بغـض النظر عن مستوى نوعية الحياة بالأسر.

لا توجد فروق ذات دلالة بين الصحة النفسية لربات البيوت ونوعية الحياة لأسر أم درمان القديمة ككل سوى كانت نوعية الحياة منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة.

4/ دراسة منتصر كمال الدين

بعنوان نوعية الحياة وعلاقتها بالتوافق الانفعالي والتحصيل الدراسي لدى طلاب جامعـة الإمـام المهدي:

هدفت الدراسة لمعرفة نوعية الحياة وعلاقتها بالتوافق الانفعالي والتحصيل الدراسي لدى طـلاب جامعة الإمام المهدي ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلـي فـي جمـع البيانات و تحليلها .

تكونت العينة من(200) فرد (111 ذكور ؛ 89 إناث) مـن طـلاب جامعـة الإمـام المهـدي بتخصصهم (الادبى 112 ؛ والعلمي 88) ممثلين في كليتي الآداب والطب وتتراوح أعمارهم بين 17- 25 سنة استخدم الباحث مقياس التوافق الانفعالي الذي وضعه هيو ام بيل وقام بتقنينه على البيئة العربية محمد عثمان تجانى ، ومقياس نوعية الحياة لدى الطلاب الذي قام بتصميمه الباحث مقتبس من مقياس فريش Fresch لنوعية الحياة

تم تحليل بيانات الدراسة بواسطة المعالجات الإحصائية التالية:-

1- طريقة تحليل التباين (معادلة الفاكر ونباخ) لدراسة ثبات المقياس.

2- النسبة المئوية .

3- معامل ارتباط بيرسون.

4- اختبار(ت) لمتوسط مجتمع واحد الوجهة.

5- اختبار(ت) للفرق بين مجموعتين مستقلتين.

6- معامل ارتباط الرتب لسبيرمان.

7- معامل الارتباط العزمى لبيرسون.

8- تحليل التباين المزدوج

وقد توصل الباحث إلى النتائج الآتية :-

1- ايجابية نوعية الحياة لدى طلاب جامعة الإمام المهدي .

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى طلاب جامعة الإمام المهـدي تعـزى لمتغير النوع لصالح الذكور

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى طلاب جامعة الإمام المهـدي تعـزى لمتغير التخصص (ادبى ، علمي) لصالح الأدبيين

4- عدم وجود علاقة ارتباطيه بين نوعية الحياة والمستوى الدراسي (الفرقة) لدى طلاب جامعـة الإمام المهدي.

دراسة فريش(1989):-

تحت عنوان المشاكل التي تتعارض مع الرضاء. استخدام معيار (DSM.IIIR) واستبيان نوعيـة الحياة (QOL I) وتكونت عينة الدراسة من (281) من مرضي الطب النفسي 92% مـنهم مـن مرضي العيادات الخارجية 8% من المرضي المنومين قامت الدراسة علي أساس عينة أولية مـن (20) مريض مصاب بالاكتئاب من أقسام الرعاية الأولية و(127) مريضا يبحثون عن العلاج في مركز خدمات الصحة النفسية بجامعة بيلور. ضمت العينات الثلاثة للدراسة الأساسـية مرضـي منومين في وحدة الاعتماد علي العلاج الكيمائي بمستشفي نفسي خـاص عـددهم (22)مـريض ومرضي مقيمون في مركز عائلة آدكو للإدمان عددهم (14) مريض ومجموعة مركز تجريـب اليافعين بمقاطعة ماكلانان عددهم (98) مريض وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية :

1/ الصحة:

تقع المشاكل التي عددها مرضي الاكتئاب العيادات الخارجية ومرضي جامعة بيلور فيما يخـتص بالصحة ضمن الفئات التالية:

أ/ اللياقة والعادات الصحية السيئة، علي نفس النمط مشاكل زيادة الوزن وعدم تناسق الشكل .

ب/ المرض أو الإعاقة المزمنة اشتملت علي مشاكل الظهر اختلال السمع والبصر وأمراض فـي الكبد وأمراض القلب والحساسيات .

ج/ الأمراض والإصابات والجراحات الحديثة ومن بين المشاكل التي ذكرت القرحـة وحـصوة الكلي.

د/ أعراض الاضطرابات النفسية. تشمل أعراض الاكتئاب (مثـل الإرهـاق وضـعف الـشهية والأرق) القلق مثل نوبات الدوار واضطراب المعدة والإغماء والخوف من الهلع .

2/ اعتبار الذات:

شعر كل من المكتئبين من مرض مركز الاستشارة بالعيادات الخارجية بنقص في الفعالية الذاتيـة وذم الذات عند إخفاقهم في تحقيق مستويات الأداء المطلوبة عدم النجاح في مجالات الحيـاة ذات القيمة .

3/ فلسفة الحياة:

أفاد كل من مرضي الاكتئاب بالعيادات الخارجية وبالمركز الاستشاري عن مصاعب في صياغة ومتابعة تحقيق أهدافهم الشخصية الرئيسية والمستويات الأخلاقية لفلسفة الحياة كـ ذلك تـم ذكـر الأعراض الاكتئابية مثل الشعور بالذنب الزائد حول الآثام والأفكار الانتحارية .

4/ المستوي المعيشي:

أفاد المرضي عن مشاكل في تغطية المنصرفات والحاجة إلي دخول اعلي لمقابلـة الـضروريات الأساسية مثل السيارة، المنزل، والهويات والاستقلال الاقتصادي عند الوالدين.

5/ العمل:

المشكلات التي تتعلق به هي النزاعات الشخصية مع زملاء العمل والـ رئيس والإدارة، طبيعـة العمل ذاتها غير مجدية، تطلب العمل الزائد، الضغوط الشعور بالنقص إما في إيجاد وظيفة أو في القيام بالعمل. عدم ضمان الوظيفة ، وذكرت مشاكل بطريقة اقل تكرار العطالة، انعدام المهـارات والتعليم الضروري وانخفاض المرتبات، شكا مرض المركز الاستشاري بصورة متطابقة من نفس المشكلات.

6/ الترفيه :

تعلقت معوقات الرضاء الترفيهي بكل متطابق بانعدام الوقت أو الإخفاق في الانخراط في الهوايات والعاب تمضية الوقت المحببة .

7/ التعليم:

رأي مرضي الاكتئاب من العيادات الخارجية بخصوص التعليم أنهم بحاجة للمزيد مـن التعلـيم والتدريب في مهن أخري لكنهم يعزون عدم متابعة ذلك بين القيود المالية وعدم توفر الوقت بسبب الأولويات الأهم مثل تعليم الأطفال. رأي مرضي المركز الاستشاري فمن لـم يكملـوا الدراسـة الجامعة أن ضعف الأداء المدرسي يعد عقبة تعترض رضاءهم .

8/ الإبداع:

شعر المستجوبون أن إبداعاتهم يكبتها عدم توفر الوقت والقدرة والثقة وعزوا بعضهم بغالبية اقـل ضعف إبداعاتهم إلي انعدام الإلحاح (بعضهم يشعر بالخجل للتعبير عن أفكارهم المبدعة) .

9/ الخدمة الاجتماعية :

رأى معظم المرضى أن رضاءهم عن الخدمة الاجتماعية تعوقه قلة المشاركة بسبب ضيق الوقت وقلة الاهتمام .

10/ العلاقات العاطفية:

يتمركز النزاع في الغالب حول الشعور بسوء الفهم والنفور وعدم المحبة وعدم الإشباع الجنسي .

11/ علاقات الأطفال:

عزا المرضى بصورة متطابقة استياءهم من العلاقات بالأطفال إلي الشعور بالابتعاد أو النـزاع مع أطفالهم ، ذكر عدد قليل من مرضى الاكتئاب مركز الاستـشاري سـوي كـانوا عـزاب أم متزوجون ، عدم وجود الأطفال كعقبة في طريق الرضي.

12/ الأقرباء:

رأي معظم المرضى أن الابتعاد والتنازع مع الشركاء والأقارب يعد عقبـة فـي العلاقـات مـع الأقارب ، ذكر آخرون ضعف التفاهم والاستقلال المحدود وخلافات الوالدين أو المشاكل .

13/ المحيط:

شابهت المشاكل التي تعترض رضاء الفرد عن بيئته بصورة متطابقة المشاكل المتعلقة بنظـام المنزل أو الرغبة في منزل والنزاعات الشخصية مع من يقطنوا في المنزل غالباً ما يري الأفراد أن منازلهم غير جاذبة ، عبّر كثير من المستجوبون من مرضى العيادات الخارجية النزاعات مع ساكني المنزل .

14/ الجيران:

كان الشعور بعدم الأمان عقبة في طريق الرضي عن الجوار .

15/ المجتمع:

ذكر الأفراد بشكل متطابق أن الأجواء المحافظة ناحية الأعراف والتقاليد وانعدام اللياقة الثقافية والمطاعم الجيدة ، انتقد عدد قليل من المستجوبون جامعة بيلور على انه محافظ ومنعزل عن بقية العالم .

دراسة مركز أبحاث نوعية الحياة (2000م):-

بعنوان كيف تتفاعل نوعية الحياة مع أوجه الحياة ومظاهرها مثل المرض وأسـلوب الحيـاة والعلاقات الشخصية والرفاهية المادية، مستخدماً عدد من النماذج والأسـاليب الفنيـة لاسـتنباط الاستجابة من مختلف مجموعات المرض.

توصل إلي النتائج التالية:

1/ بالصلة إلي نوعية الحياة التي تم قياسها ومن غير المهم مـن يكـون الفـرد مـن الناحيـة الموضوعية (مثلاً الجنس ، الطول ، التعليم ، المهنة ، وخلافه) تتعلق نوعية الحياة للفرد إلـي حد كبير بكيفية ما يشعر به عند نفسه.

2/ لا يرتبط مقدار الدخل السنوي بنوعية الحياة ، رغم عن ذلك يـدركون أن مـوقفهم المـالي ضعيف تكون نوعية حياتهم منخفضة.

3/ لا يوجد تأثير مباشر بالوظيفة التي يؤديها الفرد علي نوعية حياته الشئ المهم هـو أن يكـون قانعاً بعمله ويرتبط بعلاقة جيدة بزملائه.

4/ غالباً ما تدرك نوعية الحياة فيما يتعلق بالصحة علي أنها تختلف بسبب التشخيص الموضـعي اقل من المتاعب التي يمر بها الفرد خلال المرض.

هذا يشير إلي أن العلاج الطبي الحديث ليس المقصود منه دائماً زيادة نوعية الحياة لأقصي حد .

5/ ليس هناك صلة تقريباً بين نوعية الحياة واستهلاك الخمور والتبغ وعادات الأكـل والتمـارين الرياضية.

التعليق على الدراسات السابقة:-

لا توجد دراسة ضمن الدراسات السابقة تناولت الضغوط النفسية لمرافقي مرضـي الفـصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم وعلاقته بنوعية الحياة لهم. لـذا قـام الباحـث بأخـذ الدراسات السابقة من خلال متغيرات الدراسة (الضغوط النفسية ، ونوعية الحياة).

وجد الباحث دراسة منال مالك إبراهيم حيدوب تناولت متغيري الضغوط النفسية ونوعية الحياة لمرضى الصرع. حيث أخذت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من أعدادها ومقياس لنوعية الحيـاة المقتبس من بروفيسور س. برادلي لمرضى الفشل الكلوي بأبعاده الأربعة وقامت بتعديله ليتناسب مع دراستها. واستخدمت المنهج الوصفي. وأخذت الضغوط النفسية كمتغيـر أساسـي وبحثـت علاقتها مع المتغيرات الديمغرافية بالإضافة إلي علاقته بنوعية الحياة للمرضى، للأعمار بين (10 -75). ويختلف معها الباحث في أن العينة لأسر مرافقي الفصام وليس لمرضى، بالإضافة إلـي اخذ المتغيرات الديمغرافية إلي كل من الضغوط النفسية ونوعية الحياة حتى يعرف تأثير كل مـن الضغوط والنوعية على حياة الأسرة وأثرها على العملية العلاجية للمريض.

واستفاد الباحث كذلك من دراسة الضغوط النفسية لأسر المصابين بالعلـل الدماغيـة بمراكـز العلاج وهي تشترك مع الدراسة الحالية في متغير الضغوط النفسية وتشبه مجتمع الدراسة للأسـر بمراكز العلاج. بالإضافة تقارب حجم العينة من بعض، والتشابه في منهج الدراسة وهو المـنهج الوصفي، وكذلك تشابه في مقياس الضغوط النفسية. وتختلف الدراسة في أن الباحث أضاف متغير آخر وهو نوعية الحياة ومجتمع الدراسة وهو مرافق مريض الفصام بالمستشفيات العلاج النفسي. كما استفاد الباحث من دراسات نوعية الحياة وخصوصا دراسة نوعية الحياة لمرضـى الاكتئـاب الخالي من الأعراض الذهانية لمها عبد الرحمن، في متغير نوعية الحياة، ومجتمع الدراسة يمـر

بنفس الظروف التي يمر بها مجتمع الدراسة الحالية في تعرضهما إلـي الاكتئـاب الخـالي مـن الاعراض الذهانية.

نقاط الاستفادة من الدراسات السابقة:-

1- اختيار منهج الدراسة المناسب وهو المنهج الوصفي.

2- اختيار الأدوات المناسبة للدراسة حيث تمكن من وضع مقايسة للضغوط النفسية ونوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام.

3- التعرف على المراجع ومواقع الدراسة في الانترنت.

4- اختيار حجم العينة المناسب وهو (100) مفحوص

5- اختيار المعالجات الإحصائية المناسبة.

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

مقدمـــة

يتناول هذا الباب عرض وإجراءات الدراسة حيث يوضح المنهج المستخدم في الدراسة ومجتمع الدراسة والأدوات التي تم استخدامها في جمع المعلومات وخصائص أفراد العينة التي أجريت عليهم الدراسة ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

منهج الدراسة:-

أستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يعرفه كوهين وماثيون(1990: 93) بأنه المنهج الذي يهدف إلي وصف ما هو كائن وتفسيره. ويعرفه رجاء أبو علام(1999) بأنه: المنهج الملائم لدراسة العلاقات الارتباطية، لما له من إمكانية لإيجاد العلاقات المتداخلة بين الظواهر، مما يمكن من التنبوء بمستقبل الظاهرة وإيجاد الحلول المختلفة لها، ومن ثم فإن أهداف المنهج الوصفي هي:-

1- جمع معلومات مفصلة وحقيقية عن ظاهرة موجودة فعلا في مجتمع معين.

2- تصنيف وتحليل المعلومات المتصلة بالظواهر المختلفة.

3- إيجاد علاقة متداخلة بين الظواهر.

4- إمكانية التنبوء بما ستؤول اليه الظاهرة وبالتالي إيجاد الحلول.

مجتمع الدراسة:-

يذكر رجاء أبو علام(2004: 194) أن: مجتمع الدراسة يقصد به جميع الأفراد الذين لهم خصائص واحدة يمكن ملاحظتها، وهو الهدف الأساسي من الدراسة الذي تعمم في النهائية النتائج عليه. ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من مرافقي مرضى الفصام، الذين شُخص مرضاهم بالفصام من قبل الطبيب النفسي وحجز بالمستشفى لتلقي العلاج، وذلك بأحد مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم والتي تشترط وجود مرافق مع مريض الفصام و المستشفيات هي مستشفي الخرطوم التعليمي قسم الطب النفسي، ومستشفى الخرطوم بحري للأمراض النفسية، ومستشفى التجاني الماحي بأم درمان، وذلك في الفترة من2007- 2008م. الجدول رقم(1) يوضح مجتمع الدراسة.

جدول رقم(1) يوضح عدد الحالات التي تم إدخالها لتلقي العلاج بالمستشفيات المذكورة أعـلاه، والتي من خلالها نتحصل على المرافق والذي يُشترط وجوده مع المريض اثناء تواجده بالمستشفى

اسم المستشفى	عام 2005	عام 2006	عام 2007	المجموع
مستشفى التجاني الماحي	ذكور: 247	ذكور: 276	ذكور: 319	516
	إناث: 92	إناث: 154	إناث: 196	
م. الخرطوم- قسم الطب النفسي	ذكور: 57	ذكور: 24	ذكور: 29	55
	إناث: 47	إناث: 21	إناث: 21	
مستشفى بحري العصبية	لا يوجد إحصاء حسب إفادة المدير الطبي			55 بالتقريب
المجموع الكلي				626

يلاحظ من الجدول أعلاه:-

1- أن مستشفى التجاني الماحي بها أكبر عدد من مرضى الفصام وذلك يعـود إلـي تخصـصية المستشفى للأمراض النفسية، وسعة المستشفى لاستقبال الكثير من الحالات، بعكس محدودية العدد بمستشف الخرطوم على اعتبار انه قسم من المستشفى العمومي، وكذا الحال لمستـشفى بحـري العصبية.

2- عدم وجود إحصائية لمستشفى بحري العصبية، لذلك نوصي بإنشاء مكتب للإحصاء لتصنيف الحالات التي يستقبلها المستشفى.

عينة الدراسة:-

هي أي مجموعة جزئية من المجتمع الذي له خصائص مشتركة، حيث بلـغ حجـم العينـة (100) مرافق (43 من الذكور و57 من الاناث) حيث تم جمـع العينـة عـن طريـق العينـة العشوائية، وتعتبر الطريقة العشوائية البسيطة أفضل طريقة من حيث أمكانية تمثيل المجتمـع لان تمثيل العينة فيها يكون أعلى، ويكون لكل فرد الفرصة متساوية لاختياره ضمن العينة، واختيـار فرد في العينة لا يؤثر على اختيار أي فرد أخر. وتم اختيار عينة الدراسة كالأتي:-

1- قام الباحث باختيار مستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم والتي تشترط وجود مرافق مع مريض الفصام وهي مستشفيات(الخرطوم- قسم الطب النفـسي، مستـشفى الخرطـوم بحـري العصبية، مستشفى التجاني الماحي)

2- قام الباحث بالحصول على الإحصاءات الموجودة بكل من مستشفى الخرطوم ومستشفى التجاني الماحي بينما لا توجد إحصاءات بمستشفى بحري العصبية. أنظر جدول رقم (1)

وبعد إحصاء المرضى ومرافقيهم في كل مستشفى تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من كل المستشفيات مع بعض دون تحديد نسبة أو طبقة معينة دون الأخرى حيث قمنا بأخذ المتاح لنا من العينات المتوفرة وقت إجراء عملية ملء الاستمارات وهي الفترة من ينايز2007- ديسمبر 2007. من خلال الحصول على الفوائل الخاصة بالمرضى في المستشفى المعينة حيث يتم تسجيلهم في ورقة ويتم سحب عينة منهم عن طريق السحب العشوائي وبعدها يتم مقابلة المرافقين لهم. حيث أُخذَ أكثر من 10% من المجموع الكلي للمرافقين بالمستشفيات المذكورة في تلك الفترة مرافقاً لمريض الفصام.

جدول رقم(2) يوضح وصف نوع المرافق لعينة الدراسة

نوع المرفق	التكرارات	النسبة المئوية
ذكور	43	%43
إناث	57	%57

جدول رقم(3) يوضح وصف الفئة العمرية لعينة الدراسة

الفئة العمرية	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من عمر30سنة	22	%22
31سنة – 40سنة	48	%48
41سنة وما فوق	30	%30

جدول رقم(4) يوضح وصف المستوى التعليمي لعينة الدراسة

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
أمي	22	%22
خلوة	4	%4
أبتدائي	11	%11
متوسطة	12	%12
ثانوي	31	%31
جامعي/ فوق الجامعي	20	%20

جدول رقم (5) يوضح وصف الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية
عاذب	31	%31
متزوج	48	%48
مطلق	13	%13
أرمل	5	%5
منفصل	3	%3

أدوات الدراسة:- تمثلت أدوات الدراسة في الاتي:-

1- استمارة المعلومات الاولية

2- مقياس الغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

3- مقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام.

وصف المقاييس:- قام الباحث باستخدام الأدوات الآتية:-

1- استمارة المعلومات الأولية:-

وهي عبارة عن أداة لجمع البيانات الأولية، قام الباحث بتصميمها للحـصول علـى المعلومـات والبيانات الأولية لكل مفحوص،وهي لمتغيرات التالية:(عمر المرافق، نوع المرافـق، مـستوى المرافق التعليمي، والحالة الاجتماعية للمرافق)، وهي مرفقة مع مقاييس الدراسة.

2- مقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام:

قام الباحث بتصميم وإعداد مقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام وذلك بعد:-

أ- الاطلاع على بعض مقاييس الضغوط النفسية مثل مقياس الضغوط النفسية لدى أوليـاء أمـور المعاقين عقليا من أعداد زيدان أحمد السرطاوي وعبد العزيز الشخص، ومقياس الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية من أعداد مبارك عثمان الشيخ 2006م.

ب- وضع الأسئلة من قبل الباحث، مراعياً المعاناة التي يمر بها مرافق مريض الفصام وذلك من خلال الخبرة التي اكتسبها الباحث من التعامل معهم داخل وخارج المراكز العلاجية.

ج- طريقة تصحيح المقياس وذلك بإعطاء الخيارات (د1ئما، غالبا، أحيانـا، نـادرا، لا يحـدث أطلاقا) الدرجات (4، 3، 2، 1، صفر) على الترتيب وذلك لجميع عبارات المقياس، ثـم تجميـع الدرجات ليحصل المفحوص على الدرجة الكلية.

د- عرض المقياس على مشرف الدراسة لإجراء التعديلات المناسبة وإبداء الملاحظات.

هـ- عرض المقياس على المحكمين المتخصصين.

و- إجراء الدراسة الاستطلاعية

3- مقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام:-

قام الباحث بإعداد مقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام بعد:-

أ- الاطلاع على عدد من مقاييس نوعية الحياة مثل مقياس نوعية الحياة لمنتصر كمال الدين ومقياس نوعية الحياة لمها عبد الرحمن المقتبسين من مقياس فريش(2006 ، 2002) على التوالي.

ب- قام الباحث باختيار عبارات المقياس معتمدا على تلك المقاييس والتي يرى أنها تناسب مرافقي مرضى الفصام.

ج- وتحديد الأبعاد التي يقيسها مقياس نوعية الحياة وإضافة مجال التدين متفقا بذلك مع منتصر كمال الدين، والأبعاد هي:-

1. بعد الذات ويضم المجالات الآتية: (الصحة، فلسفة الحياة، التدين)
2. بعد الانجاز الشخصي ويضم (العمل، الترفيه، التعليم، الإبداع، العمل الطوعي)
3. بعد العلاقات ويضم (العلاقات العاطفية، علاقات الأصدقاء، علاقات الأقارب، الأطفال)
4. بعد المحيط ويضم (الجيرة، والمجتمع)

4/ **طريقة التصحيح**:-

حيث تم إعطاء الخيارات (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، لا يحدث أطلاقا) وتم تصحيح العبارات(11،10،8،7،1،14،13،12،16،15،29،28،26،25،21،20،19،18،17، 37،36،35،34،33،32،31،30) وإعطاء الدرجات (4، 3، 2، 1، صفر) على الترتيب. والعبارات (2،3،4،5،6،9،22،23،24،27) وإعطاء الدرجات (صفر، 1، 2، 3، 4) على الترتيب. ليحصل المفحوص على الدرجة الكلية. وهذا يعني أن الدرجة العالية المرتفعة تعني أن المفحوص يتمتع بمستوى نوعية حياة جيد، والذي يحصل على الدرجة المنخفضة تعني أن المفحوص يعاني من تدهور في نوعية الحياة.

ثم عرض المقياسين على مشرف الدراسة لإبداء الملاحظات حول الأسئلة، ثم عرض المقياسين على المحكمين لمعرفة الصدق الظاهري للمقياسين.

1- د. رقية السيد: جامعة الخرطوم- كلية الاداب-قسم عبم النفس 2- د. عبد الباقي دفع الله- جامعة الخرطوم- كلية الاداب.قسم علم النفس

3- د. خالد الكردي-جامعة النيلين- كلية الاداب- قسم علم النفس 4- د. فضل الموالى عبد الرضي-جامعة النيلين- كلية الاداب- قسم علم النفس

5- د. مهيد محمد المتوكل- جامعة أم درمان الاسلامية- كلية التربية 6- د. ابراهيم عبدالرحيم- جامعة أم درمان الاسلامية- كلية الاداب

الصدق الظاهري:-

أوضح سعد عبد الرحمن (1982، 266) بأن الصدق الظاهري يقوم على فكرة مدى ملائمـة المقاييس لما وضعت له. ومن ذلك قام الباحث بعرض مقاييس الدراسة على عدد من المحكمـين بغرض فحص الأسئلة وتحيد مدى ملامتها للدراسة.

1/ **مقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام** :

كان في صورته الأولى يتكون من (45) عبارة، حيث تم عرضه للمحكمين لمعرفـة الـصدق الظاهري له فأوصوا بحذف وتعديل بعض العبارات والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (6) يوضح العبارات التي تم التوصية بحذفها والعبارات التي تم التوصـية بتعـديلها لمقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

رقم العبارة	العبارة قبل التوصية	توصية المحكمين	العبارة بعد التوصية
2	أعاني من الم مستمر كلما تذكرت مايعانيه أحد أفراد أسرتي	تعديل	أعاني من الم مستمر كلما شاهدت معانة أحد أفراد أسرتي من مرض الفصام
3	أعاني من اضطرابات في الأمعاء	حذف	
9	أشعر أن كل ما نفعله مع مريض الفصام يعد جهدا ضائعا	حذف	
12	اعتقد انه لا جدوى من محاولة تعليم المريض بالفصام ولو مهنة بسيطة	تعديل	أشعر بان محاولات تعليم مريض الفصام أي مهنة مجهود ضائع
13	يؤلمني إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب وجود مريض فصام بها	تعديل	تورقني فكرة إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب وجود مريض الفصام بها
17	أعتقد أن مريض الفصام يحتاج إلي توجيه ومراقبة مستمرة	تعديل	تزعجني حاجة مريض الفصام للمراقبة المستمرة
18	لا يمكنني زيارة أصدقائي وقت ما أشاء لوجود مريض الفصام بها	تعديل	وجود مريض بالفصام بأسرتنا جعلتني أقلل من زيارة أصدقائي

22	أعتقد أن مريض الفصام يمثل مشكلة للأسرة	حذف	
27	يؤلمني الشعور بان مريض الفصام لا يستطيع الاعتماد على نفسه	حذف	
24	أعتقد انه لا جدوى من محاولة تعليم مريض الفصام ولو مهنة بسيطة	حذف للتكرار	
30	أشعر بالقلق عندما اقصر في رعاية مريض الفصام	حذف	
31	أتمنى لو كان وجود مريض الفصام في أسرتي مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه	حذف	
34	أشعر بالحزن لعدم مقدرة أحد أفراد أسرتي استخدام الحمام بنفسه	حذف	
37	يصعب على مريض الفصام في أسرتي تعلم المهارات البسيطة	حذف	

من الجدول نلاحظ أنه تم حذف (9) عبارات من مقياس الضغوط النفسية لتصبح عبارات المقياس (36) عبارة.

2/ مقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام :

يتكون المقياس من (67) عبارة حيث تم عرضه على المحكمين لمعرفة الصدق الظاهري لـه، فأوصى المحكمين بتعديل وحذف بعض العبارات والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (7) يوضح العبارات التي تم التوصية بحذفها والعبارات التي تم التوصية بتعـديلها لمقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	نوع التعديل	العبارة بعد التعديل
3	أعانى من اضطرابات في نومي	حذف	

7	أعاني من احتمال إصابتي بأمراض نتيجة لضغوط العمل	تعديل	أشعر بأنني على وشك الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة
8	أعاني من عدم الاستقرار الصحي	حذف	
9	اشعر أن نوعية حياتي تنعكس على صحتي		
10	أنا مادي وزوقي مكاف	تعديل	اصرف ببذخ علي نفسي
15	أعمل بجانب عملي في الموسسة لتحسين وضعي المالي	حذف	
16	أبدد أموالي دون طائل	حذف	
17	أتحلى بالصدق	دمج	دمج 17 مع 18
18	أتحلى بالأمانة	دمج	أتحلى بالصدق والأمانة
19	اشعر بالذنب لتقصيري تجاه ربي	تعديل	اشعر بالتقصير تجاه ربي
23	تتوفر فرص التدريب في عملي	حذف	
24	تتوفر فرص الترقي في عملي	حذف	
26	لا اعرف بماذا ارفه عن نفسي	حذف	
28	توفر وقت يجعلني راض عن نوعية حياتي	تحذف	
33	تناسب عملي مع ما تعلمته سابقا يجعلني راض عن نوعية حياتي	تحف	
40	لدي الرغبة أكيدة في تعدد علاقاتي العاطفية	حذف	
44	شعوري بالنقص في حب اصدقائي لأنني لا أحب إلا نفسي	تعديل	أشعر بان حب أصدقائي لي يتناقص
46	الصداقة بالنسبة لنوعية حياتي مهمة	حذف	
53	علاقتي الايجابية باقرابي تجعلني راض عن نوعية حياتي	حذف	
54	اشعر أن منزلي جاذب للسكن	حذف	

55	منزلي متسع لكل امتعتي	حذف	
56	منزلي مخطط بصورة تترك خصوصية لكل ساكنيه	حذف	
57	منزلي في موقع جاذب	حذف	
58	اشعر بان إيجار المنزل الذي اسكن به باهظ	حذف	
59	تتوفر الميادين في المنطقة التي اسكن بها	حذف	
63	تتوفر حدائق للترفيه	حذف	
64	تتميز منطقة سكني بتوفر المدارس	حذف	
65	اشعر بأهمية المجتمع في رضائي عن نوعية حياتي	حذف	

من الجدول نلاحظ أنه قد تم حذف (23) عبارة لتصبح عبارات المقياس (44) عبارة.

الدراسة الاستطلاعية لمقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام:-

لمعرفة الخصائص القياسية الإحصائية لمقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام في مجتمع الدراسة الحالية قام الباحث بتطبيق الصورة المعدلة من قبل المحكمين والتي تتكـون مـن (36) عبارة على عينة استطلاعية حجمها (30) مفحوصاً، تم اختيـارهم عـن طريـق العينـة العشوائية من مجتمع الدراسة وإدخالها جهاز الحسب الآلي وتحليل البيانات. فحصل الباحث علـى النتائج الآتية:-

الاتساق الداخلي:-

أوضح سعد عبد الرحمن (1982: 207) أن: الاتساق الداخلي يعتمد على مدى ارتباط الوحـدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار، وكذلك كل بند أو وحدة مع الدرجة الكلية للمقيـاس، فكلما كانت البنود متجانسة فيما تقيس كان الاتساق عالياً فيما بينها، والعكس صحيحاً.

لمعرفة الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام قام الباحث بإيجاد معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة مع الدرجة الكلية للمقياس فـأظهرت نتيجـة هذا الإجراء الجدول التالي:-

الجدول رقم (8) يوضح معامل ارتباط بيرسون ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط
1	،61	13	،70	25	،23
2	،57	14	،91	26	،73
3	،79	15	،77	27	،56
4	،19	16	،29	28	،36
5	،77	17	،81	29	،68
6	،84	18	،88	30	،79
7	،71	19	،82	31	،58
8	،91	20	،59	32	،88
9	،75	21	،58	33	،68
10	،81	22	،79	34	،37
11	،80	23	،28	35	،52
12	،81	24	،55	36	،88

يلاحظ من الجدول أعلاه أن ثبات المقياس عن طريق ألفا كرومباخ 96. ودرجة صدق بلغت 98.

الدراسة الاستطلاعية لمقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام:-

لمعرفة الخصائص القياسية لمقياس نوعية الحياة في مجتمع الدراسة الحالية قام الباحث بتطبيقه بصورته المعدلة بتوجيهات المحكمين والتي تتكون من (47) عبارة على عينة عشوائية حجمها (30) مفحوصاً من الذكور والإناث تم اختيارها عشوائياً من مجتمع الدراسة الحالية وبعد تصحيح الإجابات تم إدخالها في جهاز الحاسب الآلي، ومن التحليل حصل الباحث على النتائج التالية:-

الاتساق الداخلي لبنود مقياس نوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

قام الباحث بحساب معامل ارتباط كل بند مع البنود التي يشملها البعد المعين فأظهرت نتيجة هـذا الإجراء الجدول التالي:-

الجدول رقم (9) يوضح معامل ارتباط بيرسون ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد والدرجـة الكلية لمقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام.

العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط	العبارة	الارتباط
1	،55	12	،00	22	،23	34	،57
2	،86	13	،22-	23	،65	35	،35
3	،71	14	،48	24	،08-	36	،61
4	،70	15	،02-	25	،55	37	،20
5	،77	16	،02-	26	،29	38	،06
6	،74	17	،82	27	،67	39	،06
7	،77	18	،47	28	،56	40	،41
8	،61	18	،64	29	،38	41	،88
9	،48	19	،90	30	،31	42	،88
10	،31	20	،53	31	،40	43	،62
11	،53	21	،53	32	،21	44	،62

يلاحظ من الجدول أعلاه أن البنود (13، 15، 16، 25) سالبة الارتباط والبنود الضعيفة (12، 38، 39) لذا قام الباحث بحذفها ليصبح المقياس (37) بدلاً من (44).

الثبات والصدق لمقياس نوعية الحياة:-

ذكر فؤاد السيد البهي(1988: 714) أن ثبات الاختبار يقصد به أن يعطي نفـس النتـائج إذا مـا أستخدم أكثر من مرة تحت ظروف مماثلة. وأبان رجاء أبو علام(1998) أن أعلى معاني الصدق هو نجاح الاختبار في القياس والتشخيص والتبوء عن ميزان السلوك الذي وضع الاختبار من أجله أي أن الاختبار صادق لأنه يقيس ما وضع لمقياسه والمقياس الصادق دائما يكون ثابت. ويقـاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار.

بعد حذف البنود السالبة الارتباط قام الباحث باستخراج معامل الثبات باستخدام معادلة الفاكرونباخ. ولمعرفة صدق المقياس قام الباحث بحساب الجذر التربيعي لمعامل الفاكرونباخ الدال على ثبات المقياس، فأظهرت النتائج الجدول التالي:-

والجدول رقم (10) مقياس الفاكروباخ لمعرفة درجة الصدق والثبات لمقياس نوعية الحياة لمرافقي مرضى الفصام.

البعد	عدد العبارات قبل الحذف	عدد العبارات بعد الحذف	الثبات	الصدق
الذات	14	12	،81	،89
الانجاز الشخصي	11	8	،75	،86
العلاقات	14	12	،63	،79
المحيط	5	5	،79	،89
المجموع	44	37	،74	،86

يلاحظ من الجدول أعلاه أن عبارات هذا المقياس، أن ثبات المقياس عن طريق ألفاكروباخ 74. ودرجة صدق بلغت 86.

وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة صدق وثبات عالية في مجتمع الدراسات الحالية، مما يشجع على استخدامه فالدراسات العلمية مثل هذه الدراسة.

الدراسة الميدانية:-

شملت الدراسة الميدانية عدة مراحل يمكن إجمالها في الأتي:-

1- بداية الدراسة، ومرحلة جمع المعلومات النظرية من المكتبات المختلفة.

2- مرحلة أعداد أدوات الدراسة وعرضها على المشرف ثم المحكمين.

3- عمل الدراسة الاستطلاعية والميدانية والتي تضمنت عدد من الإجراءات مثل إعداد خطابات إلي مستشفيات العلاج النفسي(مستشفى التجاني الماحي، مستشفى بحري العصبية)

4- الرجوع إلي الإحصاءات الموجودة لمرضى الفصام بمستشفيات العلاج النفسي بكل من مستشفى التجاني الماحي ومستشفى الخرطوم قسم الطب النفسي ومستشفى بحري العصبية التي لا توجد بها إحصاءات للمرضى.

5- تحديد عدد الزيارات الميدانية للمستشفيات لتطبيق أدوات الدراسة على المرافقين وذلك بالتنسيق مع الخبراء النفسانيين بمستشفيات التجاني الماحي ومستشفى بحري العصبية.
6- استخراج الفوائل الخاصة بمرضى الفصام والذين شخصوا من قبل الأطباء بمرض الفصام والتعرف على مرافقيهم.
7- عمل مقابلات فردية مع كل مرافق لمريض الفصام على حدى، وتعريفه بأهمية وأهداف الدراسة، وسرية المعلومات الموجودة بها.
8- يتم أعطاء المرافق المقاييس للإجابة عليها أثناء المقابلة معه، أما الأميين والذين لا يستطيعون القراءة يتم توجيه الأسئلة إليهم والتصحيح بناءا على استجاباتهم.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:-

استخدم الباحث في هذه الدراسة المقاييس الإحصائية التالية:-

- اختبار (ت) لعينتين مستقلتين
- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقات
- معامل ارتباط سيبرمان الرتبي
- تحليل التباين الأحادي
- اختبار المقارنات الثنائية شيفية

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

يتم في هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال الإجابة على أسـئلة الدراسة وفروضها حيث قام الباحث أولا بعرض النتائج في جداول والتعليق عليها ثـم مناقـشتها وتفسيرها في ضوء الأدبيات والدراسات السابقة وأراء الخبراء، ثم عرض ملخص النتائج وتقـديم توصيات ومقترحات للدراسات المستقبلية.

أولا: عرض النتائج ومناقشتها:-

عرض ومناقشة الفرض الأول:-

ينص الفرض الأول على انه:(تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضـى الفـصام بالارتفـاع) ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) للعينة الواحدة فأظهرت نتيجة التحليل

الجدول رقم(11) يوضح اختبار (ت) للعينة الواحدة لمعرفة ما إذا كانت الضغوط النفسية تتميـز بالارتفاع لدى مرافقي مرضى الفصام

حجم العينة	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة(ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
100	72	79,95	23,21	99	3,42	،001	تتميز الضغوط النفسية بالارتفاع عند مستوى دلالة 05،

من القيمة الاحتمالية للاختبار(ت) نجد أن الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفـصام تتميـز بالارتفاع. وهذا يعني تحقق الفرض.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة وفاء حيدوب(2002) والتي أكدت أن مرضى الصرع يئنون مـن ضغوط نفسية حادة.

ويفسر الباحث ارتفاع الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام للأسباب التي تؤدي إلـي ظهور الضغوط وهي:-

1- أن مرافقة مريض الفصام بالمستشفى تتطلب تفرغا تاما من قبل المرافق مما يعني تغير فـي نمط حياتيه مما يخلق نوعا من الضغط على المرافق.

2- توفير العلاجات الضرورية إلي المريض، بالإضافة إلي المصاريف الشخصية للمرافق والتي تشكل عبء للمرافق وخصوصا إذا كان هو مصدر الدخل بالنسبة للأسرة التـي يعولهـا. ممـا يضطره إلي البحث عن مصادر أخرى واللجوء إلي الاستدانة.(الضغوط الاقتصادية)

3- الانقطاع عن العمل والخوف من فقده نتيجة لممارضة مريض الفصام، أما إذا كانـت ربـة منزل يظهر لديها الصراع مابين دورها في ممارضة المريض ودورها في رعاية بقية أسرتها.

4- الإحباط الذي يشعر به المرافق من كثرة الانتكاسات التي يتعرض لها المريض، والتشكك في فائدة العلاج.

5- حاجة المريض المستمرة للرعاية والاهتمام إذا كان لديه الأعراض السالبة والتي تجعل الفرد متبلدا منعزلا قليل الكلام لايستطيع القيام بأبسط المهام(النظافة، الاستحمام)، بالإضافة إلي مراقبته المستمرة خوفا عليه من نفسه أو من السلوكيات التي تصدر عنه إذا كانت لديه الأعراض الموجبة من هياج وضلالات وهلاوس ونشاط نفسيحركي.

6- الشعور بالقلق والاكتئاب من الحالة التي يمر بها المريض

7- الشعور بالخذي والعار من تصرفات المريض ومحاولات الـسيطرة عليهـا بـالقوة والقمـع ومحاولة عزله عن الآخرين.

عرض ومناقشة الفرض الثاني:-

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقـي مرضـى الفصام.

ولتحقيق ذلك الفرض استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقات.

الجدول رقم (12) يوضح معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام

إبعاد نوعية الحياة	حجم العينة	قيمه الارتباط	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
الذات	100	0,62-	0,00	يوجد ارتباط عكسي دال احصائيا عند مستوى دلالة 0,05
الانجاز الشخصي	100	0,58-	0,00	يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05
العلاقات	100	0,52-	0,00	يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05
المحيط	100	0,13-	0,17	لايوجد ارتباط دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05
الدرجة الكلية	100	0,54-	0,000	يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05

من الجدول يتضح الأتي:

1- يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا في بعد الذات بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام (الدلالة الإحصائية 0.00)

2- يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا في بعد الانجاز الشخصي (الدلالة الاحصائية0.00) بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

3- يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا في بعد العلاقات (الدلالة الإحصائية 0.00) بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

4- لايوجد ارتباط دال إحصائيا في بعد المحيط (الدلالة الاحصائية0.17) بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

4-يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا في الدرجة الكلية (الدلالة الإحصائية 0.00) بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

وتوضح نتيجة هذا الفرض بأنه توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة. وهذا يعني تحقق الفرض. وتتفق هذه النتيجة مع توصلات اليه دراسة وفاء إبراهيم حيدوب(2002) التي أكدت أنه كلما زادت الضغوط علي مرضى الصرع كما أدى ذلك إلي تدهور نوعية الحياة لديهم. ويدل هذا على انه لكما زادت الضغوط كلما تدهورت نوعية الحياة، وكلما قلت الضغوط تحسنت نوعية الحياة.

وهذا ما تؤيده نظرة أرسطو (بروك.د،D.Brock 1993: 453) عندما استنطق معنى السعادة والتي تعني عنده أفضل طريقة يمكن لشخص ما أن يعيش بها حياته، وتتفق مع معاني موسينقا لنوعية الحياة هي الانشراح (وهي عكس الضغط) وتفضيل الشعور بالرضا والنظريات للحياة الجيدة وهي تتمثل في المتعة والسعادة والشعور بالرضا أو الاستمتاع مصحوبة بالسعي الناجح وراء الرغبات. ومعنى ثاني للسعادة ترى أن الحياة الجيدة تتمثل في تحقيق الناس لرغباتهم وما يفضلونه من أشياء والرغبات والتفضيلات وهي هنا تفهم على أساس الشعور بالرضا العاطفي وليس الرضا العقلي والمادي. أما نوعية الحياة تتعلق بصورة واضحة بالعواطف الملاحظة وبصورة شخصية مثل الرضا والسعادة. ولتحقيق نوعية حياة جيدة لابد للإنسان أن يبعد عن الضغوط التي تودي به إلي فقدان القدرة على الاستمتاع، والتي تمنع الفرد من التمتع بالحياة أو البحث عن السعادة، ولذلك فان الفرد يفقد الأمل في أن هناك شي يجب الاهتمام به. ومن ثم فإن استجابتنا الانفعالية للضغوط ممزوجة بأفكارنا ومعتقداتنا وتوقعاتنا(زامباردو و بير1997، 348-

349).ويذكر ناصر العديلي(1995) أن أسباب الضغوط النفسية تعود إلي العديد من المـشكلات النفسية والجسدية التي تجعل الفرد غير قادر على العطاء والانتاجية وخصوصاً في مجال العمل.
ويفسر الباحث هذه النتيجة بان مرافق مريض الفصام بالمستـشفي يتعـرض إلـي العديـد مـن الضغوطات والتي توثر على حياته، وتجعله يشعر بالإحباط مما يلاقيه من مريض الفصام الـذي يحتاج إلي مراقبة مستمرة بالإضافة إلي حاجته إلي من يهتم بنظافته وضبط سلوكه والي من ينظم له مواعيد الدواء، بالإضافة عبء توفير الدواء والغـذاء لـه وللأسـرة، وطـول فتـرة رقـاده بالمستشفى، بالإضافة إلي الوصمة الاجتماعية التي يشعر بها لإصابة احد أفـراد أسـرته بهـذا المرض، وكثرة الانتكاسات التي يتعرض لها المريض، ويزيد الأمر سواء إذا هذا أن كان المرافق رب أسرة يحتاج إلي توفير مستلزمات أسرته المختلفة، وكل هذه المتطلبات تشكل عـبء ثقـيلاً على المرافق وتجعله عرضة للضغوط النفسية، والتي تجعله عرضة للإمراض الـنفس جـسمية وبالتالي تجعله يعزف عن العالم الخارجي ويتعطل عمله(حيث بلغت قيمـة الارتبـاط للانجـاز الشخصي -58،). ويتأثر مفهوم الذات لديه (حيث بلغت القيمة الارتباطية للذات -62،.) وتتأثر علاقاته (حيث أن القيمة الاحتمالية 00،) فتقل نوعية حياته. ومما يؤكد ذلك ما ذكره كـل مـن جارلس وورث وناثان بأن 75% من المراجعين للأطباء يـشكون مـن أمـراض ناتجـة عـن الضغوط...الخ.(محمد كامل: 2003)
وتوكد (وفاء حيدوب، 2002) أن الضغوط النفسية تؤثر سلبا في تقيـيم الفـرد لذاتـه وانجـازه الشخصي كالعمل والترفيه والاستجمام. وان الشخص الذي يتعلم التكيف مع بيئته ويكـون لديـه المقدرة على مكافحة الضغوط النفسية أو الصحية أو الاجتماعية، يستطيع التمتع بالصحة النفـسية بعيدا عن القلق والاكتئاب والإحباط فيرتفع تقديره لذاته ويتولد لديه الطمـوح فيتحـسن انجـازه الشخصي كالعمل والإبداع ويكون قادرا على التمتع بالترفيه والاسـتجمام وبعلاقتـه الاجتماعيـة فتتحسن نوعية حياته.

عرض ومناقشة الفرض الثالث:-

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى لمتغير النوع(ذكور وإناث)، ولتطبيق ذلك قام الباحث بتطبيق اختبار(ت) لمعرفة الفرو قات.

الجدول رقم (13) يوضح اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية بين المرافقين الذكور والإناث لمرضى الفصام

نوع المرافق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
ذكور	43	75,20	26,38	98	1,79	0,07	لاتوجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05
إناث	57	83,52	20,09				

ويلاحظ من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث عند الدلالة الإحصائية 0.07 مما يعني أن الفرض لم يتحقق.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة مبارك الشيخ(2006) والتي أكدت عدم وجود فروقات بين الذكور والإناث في الضغوط النفسية لأسر المصابين بالعلل الدماغية. وتختلف مع دراسة وفاء إبراهيم حيدوب والتي توصلت إلي وجود ضغوط نفسية لدى مرضى الصرع بين النوعين لمصلحة الإناث.

يعزي الباحث ذلك إلي أن المواقف التي يعيشها المرافقين بالمستشفى لا تفرق بين المرافق الذكر والأنثى. وذلك لان المرأة أصبحت تشارك الرجل تحمل المسئولية.

ويذكر جان ستورا (1997) أن دور المرأة قد تغير جذريا خلال الربع الأخير من القرن العشرين في المجتمعات العربية، فقد أصبحت المرأة تشارك أسرتها في تحمل المسئولية ويقع عليها أيضا عبء الحياة من خلال معايشتها مع أسرتها أن كانت متزوجة أو غير متزوجة فهي تتحمل أكثر بمشاركة الزوج طموحاته إضافة إلي زيادة مصادر الضغوط الناتجة عن الوجبات المنزلية وتربية الأولاد وتوفير الراحة للعائلة في الأوضاع الاعتيادية، أو في حالة الأزمات وابتعدت عن الاستقرار والتماسك نتيجة الطموحات . فأصبح البحث عن مكان امن، وإيجاد متنفس للتعبير الرأي الشاغل الأهم لدى الرجل والمرأة.

ويعزي الباحث ذلك إلي ارتفاع عدد الإناث في عينة الدراسة إذ تشكل حولي 57فرداً من عينة الدراسة البالغة (100) فرد. ويعود ارتفاع نسبة الاناث الي طبيعة الانثى في القدرة على التحمل والصبر.

عرض ومناقشة الفرض الرابع:-

توجد علاقة ارتباطيه عكسية في الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى للمستوى التعليمي. ولتحقيق ذلك قام الباحث بتطبيق معامل ارتباط اسبيرمان الرتبي لمعرفة العلاقات.

جدول رقم (14) يوضح معامل ارتباط اسبيرمان الرتبى لمعرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام

حجم العينة	قيمه الارتباط	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
100	0,39-	0,00	يوجد ارتباط عكسي دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05

ويلاحظ من الجدول أعلاه وجود علاقة ارتباطيه عكسية في الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام.

ويعني هذا انه كلما زاد المستوى التعليمي انخفضت الضغوط. وكلما انخفض المستوى التعليمي زادت الضغوط النفسية. وهذا يعني تحقق الفرض.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة وفاء حيدوب(2002) في وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى مرضى الصرع. وتتفق أيضا مع دراسة كل من مبارك الشيخ(2006) وجود علاقة بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى أسر أصحاب العال الدماغية.

ويفسر الباحث ذلك إلي انه كلما زاد المستوى التعليمي للفرد كلما أدى ذلك إلي تعامله مع الضغوط بالحكمة والتروي ومعرفة كيفية مواجهتها والتعامل معها، وكلما قل المستوى التعليمي وجد الفرد صعوبة في مواجهة الضغوط والتعامل معها. ويذكر زمباردو ويبر (1991) أن الفرد الأكثر تعرضا للضغوط هو الأكثر نقصانا في الكفاءة المعرفية والأكثر اضطرابا وتشويشا في التفكير. لان الانتباه قوة محدودة، فعند تركيزنا الجوانب المهددة من الموقف وعلى استثارتنا فإننا نقلل من مقدار الانتباه الممكن للمواجهة الفعالة مع المهام الأخرى، وتتأثر الذاكرة هي الأخرى...الخ. أما اصحاب التعليم المنخفض فانهم يعانون الضغوط النفسية العالية وذلك لعدم معرفتهم بكيفية التعامل مع المواقف الجديدة لذلك يتاثرون ويحاولون الابتعاد عن الناس ويهربون من المواقف التي تدعوهم الي القلق والتوتر وبالتالي تزيد لديهم الامراض ويستفحل الامر وتصعب المعالجة بعد ذلك.

عرض ومناقشة الفرض الخامس

توجد فروق في الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام تعزى للفئـة العمريـة للمـرافقين.

ولتحقيق ذلك قام الباحث بتطبيق تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروقات

الجدول رقم (15) يوضح تحليل التباين الاحادى لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية لمرافقي مرض الفصام والتي تعزى إلى متغير الفئة العمرية لهم

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	النسبة الفائية	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
تباين بين المجموعات	1859,82	929,91	2	1,75	0,17	لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الفئة العمرية عند مستوى0,05
تباين داخل المجموعات	51486,92	53,079	97			
المجموع	53346,75		99			

يلاحظ من الجدول أعلاه انه لاتوجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية تعزى لعمر المرافق وهذا يعني عدم تحقق الفرض. تختلف هذه النتيجة مع دراسة وفـاء حيـدوب(2002) ودراسـة مبارك الشيخ (2006) اللذان أشارا إلي وجود فروق الضغوط النفسية لدى كـل مـن مرضـى الصرع، واسر المصابين بالعلل الدماغية على الترتيب.

ويعزي الباحث ذلك إلي أن الفئة العمرية لمرافقي مرضى الفصام في عينـة الدراسـة حيـث تراوحت أعمارهم (31 سنة فما فوق). لذلك نجد انه لا توجد فروقات في الضغوط النفسية. ونجد ان نسبة المرفقين اصحاب الاعمار الصغيرة يشكلون نسبة قليلة ويتمزون بالقلق والتوتر ورفـض الرقد بالمستشفي ودائمي الاحتكاك مع المريض مما يؤثر على شفاء المريض وزيادة فترة بقـاؤه بالمستشفى، ويرجع ذلك الي حجة الشباب الصغار الي الانطلاق ورفض كل ما يقيد حريتهم، كما انهم لايستطعون تحمل المسؤلية. لذلك نجد ان وجود مرافقي صغار مع مريضى االفـصام هـي حلات نادرة لذلك تختفي الفروقات بلنسبة للفئة العمرية لمرافقي مرضى الفصام.

ويذكر محمد علي كامل(2004) أن هنالك أمراض تصيب الإنسان في جميع مراحل عمره مثـل: الهلع، القلق، الخوف المرضي، الوسواس القهري، الهـوس، الفـصام، الاضـطرابات النفـسية والجنسية لدى الكبار، العته، الهذيان، النسيان المرضي، فقدان الثقة ....الخ. ويـرى الباحـث أن مرافق مريض الفصام دائما ما يتعرض إلي الكثير من الضغوط وهو في المستـشفى وهـو فـي البيت، لذلك دائما ما نجد أن المرافقين لمريض الفصام هم أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض إذ نلاحظ أن المرافق يكون في حالة قلق وتوتر شديدين ودائم الانفعال لأبسط الأشياء.

عرض ومناقشة الفرض السادس:-

توجد فروق في الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى للحالة الاجتماعية للمرافق وللتحقق من الفرض قام الباحث بتطبيق تحليل التباين الأحادي.

والجدول رقم (16) يوضح تحليل التباين الاحادى لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية لمرافقي مرض الفصام والتي تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية لهم

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	النسبة الفائية	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
تباين بين المجموعات	5742,95	1435،74	4	2,86	0،02	توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى0,05
تباين داخل المجموعات	47603,79	501،09	95			
المجموع	53346,75		99			

ولمعرفة الفروق واتجاهها استخدم الباحث اختبار المقارنات المتعدد شيفية والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم(17)

الحالة الاجتماعية	المتوسط	الاستنتاج
عازب	72,93	توجد فروق دالة إحصائيا بين المنفصل والأرمل لصالح الأرمل عند مستوى دلالة 0,05
متزوج	82,06	
مطلق	87,76	
أرمل	*97,20	
منفصل	*56,00	

من الجداول أعلاه نلاحظ وجود فروق في الضغوط النفسية لدى المرافقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المنفصل والأرامل لمصلحة الأرامل).

وتتفق هذه ا لنتيجة مع دراسة وفاء مالك(2002) التي أكدت وجود فروق في الضغوط النفسية لدى مريض الصرع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. ويعزى الباحث ذلك إلي أن الأرامل يعانون الضغط أكثر من غيرهم وذلك بسبب ما يقع عليهم من ضغوط بسبب الضغوط المادية وضغوط فقد الشريك الأخر بسبب الوفاة وفقد العائل الذي يوفر لهم المصاريف وذلك بعكس المنفصل الذي يعاني من ضغوط اقل من الأرمل وذلك لأنه يتوقع أو يعيش على أمل أن يعود إلي الشريك الأخر. كما أن المنفصل يتحمل بعض المسئولية عن الطرف الأخر، وهذا يؤيد ما جاء به هلمز وداهي المذكوران في عبد الستار إبراهيم(2003: 495) في أن وفاة القرين تعبر من اكبر الضغوط التي يواجهها الأرمل، ثم تأتي بعده في الدرجة الطلاق ثم الانفصال. وكذلك دراسة ساندلر (1989) من حدوث ضغوط اجتماعية ومشكلات أسرية تنتج عن أسباب متعددة داخل الأسرة مثل المرض، غياب احد الوالدين عن الأسرة، والطلاق.

ويرى الباحث أن الضغوط النفسية تزيد لدى الارامل اكثر من المنفصلين هو عكس المتوقع والواقع الذي يسود في المجتمع حيث نجد الارملة تجد الكثير من الدعم والمساندة من المجتمع الذي تعيش فيه بعكس المنفصلين والمطلقين الذين ينظر المجتمع بنظرة فيها شئ الشك والريبة وانهم يصبحون منبوذين من المجتمع وكل هذا مدعاة لظهور الضغوط لدى المنفصلين والمطلقين بعكس ما توصلت اليه نتيجة هذا الفرض والتي يعزيها الباحث الي المجتمع ينظر المريض النفسي واسرته نظرة فيها الكثير من الخوف ولقلق لذك يبعدون عن تلك الاسرة، بلاضافة الي الارامل لايجدن الدعم المتواصل والذي يحتاجه مريض الفصام واسرته لمواصت العملية العلاجية التي تحتاج الي الكثير من الوقت والمصاريف التي تعجز عنها النساء الارامل الذين لا يجدن ما يعشن به ابنائهن الاخرين ناهيك عن مريض بالفصام يحتاج طوال حياته الدعم والمساندة من الاخرين.

عرض ومناقشة الفرض السابع:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة بين المرافقين الذكور والإناث لمرافقي مرضى الفصام.

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بتطبيق اختبار (ت) للفروق بين عينتين مستقلتين.

والجدول رقم (18) يوضح اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفـروق فـي نوعية الحياة بين المرافقين الذكور والإناث لمرضى الفصام

ابعاد نوعية الحياة	نوع المرافق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
الذات	ذكور	43	23,95	7,90	98	2,79	0,00	توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05
	إناث	57	20,00	5,56				
الانجاز الشخصي	ذكور	43	13,46	5,07	98	2,45	0,01	توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05
	إناث	57	11,14	4,12				
العلاقات	ذكور	43	23,34	5,51	98	0,50	0,61	لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05
	إناث	57	22,77	5,78				
المحيط	ذكور	43	14,97	5،04	98	0,81	0,41	لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05
	إناث	57	15,73	4،01				
الدرجة الكلية	ذكور	43	78,30	25,65	98	1,97	0.05	توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0,05
	إناث	57	69,47	16,27				

يوضح الجدول أعلاه الأتي:-

1- توجد فروقات في نوعية الحياة بين الذكور والإناث في بعد الذات لمـصلحة الـذكور لـدى المرافقين

2- توجد فروقات في نوعية الحياة بين الذكور والإناث في بعد الانجاز الشخصي لمصلحة الذكور لدى المرافقين.

3- لا توجد فروقات في نوعية الحياة بين الذكور والإناث في بعد العلاقات بين الذكور والإناث

4- لاتوجد فروقات في نوعية الحياة بين الذكور والإناث في بعد المحيط بين الذكور والإناث

5- توجد فروقات في نوعية الحياة بين الذكور والاناث لمصلحة الذكور لدى المرافقين

واوضحت نتيجة الفرض أن هنالك فروقات ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لـدى مرافقـي مرضى الفصام تعزى لمتغير النوع(ذكور وإناث). وهذا يعني تحقق الفرضية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة منتصر كمال(2002) التي أكدت وجود فروق في نوعية الحياة لدى طلاب جامعة الأمام المهدي تعزى لمتغير النوع لصالح الذكور. واتفقت كذلك مع دراسة مها عبد الرحمن(2002) والتي أكدت أيضا أن هنالك فروق في نوعية الحياة لدى مرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية تعزى لمتغير النوع لصالح الذكور. وتتفق مع ما توصلت إليه دراسة الفيلد (1978) التي توصل فيها إلي أن النساء اقل تقديرا لذواتهن مقارنة بالرجال واتفقت أيـضا مـع دراسة يونغ(1976) من الذكور أفضل موشر لتقدير الذات في مستوى التعليم والوظيفة والأنوثـة ومركز الضغط والتخصص المهني وان الأنوثة لا ضارة ولا مفيدة وانه على الأرجح لـيس لهـا علاقة بالصحة النفسية. وأما في ضوء الإرث الثقافي والديني للمرأة الـسودانية بـصفة خاصـة والمرأة عموما على أنها اقل كفاءة وقدرة من الرجال مما يؤثر في ذلك على الانجاز الشخـصي لها في(العمل، التعليم، الإبداع، الاستجمام، الخدمة الاجتماعية، والمواطنة) كما أن طبيعة الـدور الأنثوي ووجود فترات في حياة المرأة تتعارض فيها الهرمونات للتغلـب والتغيـرات (الـدورة الشهرية، الولادة) وتأثير ذلك يجعل المرأة أكثر حساسية وعرضة للاضطرابات النفسية. كما أن الانجاز الشخصي للمرأة يرتبط ويتأثر بمفاهيم اجتماعية تجعل المرأة اقل نشاطا ومبادرة واقل ثقة بنفسها كما أن الضغوط النفسية والفكرية والجسدية عليها كثيرة نتيجة للعبها أكثر من دور (ربـة منزل، عاملة، وموظفة) وعطائها الكثير مقابل القليل كل هذا يؤدي إلي انخفـاض القـدرة علـى الأداء والانجاز بشكل أفضل.وبحسب النظرية السلوكية أنها إذا قلة المدعمات الايجابية وانخفـض معدل الثواب فهذا يؤدي الاكتئاب والذي بدوره يؤدي تدهور في نوعية الحياة.

أما اختفاء الفروقات في بعدي العلاقات والمحيط فهذا يعود إلي الدعم والمساندة التي يجدها كـل من المرأة والرجل الذي يتعرض إلي موقف يتطلب ذلك عندها يهب المجتمع من حولـه وكـذلك أصدقاءه وأقاربه وكل من له علاقة به.

عرض ومناقشة الفرض الثامن:

توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفـصام. ولتحقيق ذلك قام الباحث بتطبيق معامل ارتباط اسبيرمان لمعرفة العلاقات.

الجدول رقم (19) يوضح معامل ارتباط اسبيرمان لمعرفة العلاقة بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام

إبعاد نوعية الحياة	حجم العينة	فيمه الارتباط	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
الذات	100	0,34	0,00	يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05
الانجاز الشخصي	100	0,28	0,00	يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05
العلاقات	100	0,08	0,40	لا يوجد ارتباط دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05
المحيط	100	0,01	0,86	لا يوجد ارتباط دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05
الدرجة الكلية	100	0,20	0,04	يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05

يتضح من الجدول أعلاه الأتي:-

1- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لبعد الـذات عند مستوى دلالة 0,05

2- - توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة والمـستوى التعليمـي لبعـد الانجاز الشخصي عند مستوى دلالة 0,05

3- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لبعد العلاقات عند مستوى دلالة 0,05

4- - لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لبعـد المحـيط عند مستوى دلالة 0,05

5- - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة والمـستوى التعليمـي عنـد مستوى دلالة 0,05

وهذا يعني أن هنالك علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لمرافقي مرضى الفصام. وهذا يعنى تحقق الفرض

وتتفق هذه النتيجة مع توصل اليه فريش(1999) في أن ضعف الأداء المدرسي وعـدم اكتمـال التعليم لدى أفراد العينة يعد عقبة تعترض الرضا أو نوعية الحياة.وتتفق أيضا مع ما توصلت إليه دراسة سعاد موسى(2000) التي أكدت أن التعليم دلالة هامة في الصحة النفسية لربات البيوت في كل المجموعات(نوعية حياتها عالية، وأسر نوعية حياتهـا متوسـطة، واسـر نوعيـة حياتهـا منخفضة). وتختلف مع دراسة مها عبد الرحمن (2002)التي أكدت عدم وجود علاقة بين نوعيـة الحياة والمستوى التعليمي لدى مرضى الاكتئاب.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بان التعليم يحسن من قدرة الفرد على مواجهة مشكلات الحياة عمومـا وذلك لان التعليم يرفع قدرات الفرد فيما يتعلق بجميع نواحي الحياة ويكون بذلك مقبل على الحياة يمتع بنعمها ويستغل قدرته التي اكتسبها من خلال العلم الذي تلقه،وذلك بعكـس لامـي الـذي لا يستطيع التعامل المواقف التي تمر به وذلك لجهله بالطريق التي يستطيع التعامل بهـا مـع هـذه المواقف الجديدة عليه مما يدعوه الي الشعور بالعجز والاصابة بلقلق والتوتروالتي بدورها تـودي الي عدم لقدرة على لعمل والانتاج وبالتالي يقل دخله وتتاثر حياته نتيجة لذلك وخصوصا اذا كان مطلوب منه الايفاء بمتطلبات افراد اخرين من اسرته مثل رعاية مـريض الفـصام وممارضـته بالمستشفى والايفاء بمتطلباته.

ويذكر فريش(1999) أن التعليم هو ما يتصل باكتساب المعرفة والمهارة وفهم مجال الاهتمام. كما أن الخبرات التعليمية تزيد من إمكانية الفرد على التأقلم مع المشكلات وترفع اعتبارات الفرد لذاته وكلها جوانب هامة في كيفية تجنب الضغوط وكيفية التعامل معها عند وقوعها عليهم. وهنـا يشير معروف مرزوق (1985: 42) أنه لا يمكن لنا في الواقع أن نرسم حداً فاصلا بين الـصحة النفسية وعدمها، وذلك لان التوافق التام بين الوظائف النفسية يكاد ينعدم. ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تحدد مدى الصحة النفسية عند الفرد كما أن التربية والتعليم والبيئة كلها تلعـب دورا في كفالة الصحة النفسية وعدمها لصاحبها.فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية السليمة ويمتاز بمستوى تعليمي عالي يستطيع أن يحقق بها ذاته ويحقق الرفاهية التي تجاب له السعادة وتبعد عنه الهموم والمشاكل.أما الأفراد أصحاب المستويات التعليمية الدنيا فهم عكس ذلك تماما في نوعيـة حياتهم التي تتسم بالتدني .

عرض ومناقشة الفرض التاسع:

توجد فروق في نوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

وللتحقق من الفرض قام الباحث بتطبيق تحليل التباين الأحادي.

والجدول رقم (20) يوضح تحليل التباين الاحادى لمعرفة الفروق في نوعية الحياة لمرافقي مرض الفصام والتي تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية لهم

إبعاد نوعية الحياة	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	النسبة الفائية	الدلالة الإحصائية	الاستنتاج
الذات	تباين بين المجموعات	101,04	25,26	4	0,51	0,72	**لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى0.05**
	تباين داخل المجموعات	46603,79	48,84	95			
	المجموع	53346,75		99			
الانجاز الشخصي	تباين بين المجموعات	59.63	14,90	4	0,67	0,61	**لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى0.05**
	تباين داخل المجموعات	2106,40	22,17	95			
	المجموع	2166,04		99			
العلاقات	تباين بين المجموعات	100,05	25,01	4	0,77	0,54	**لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى0.05**
	تباين داخل المجموعات	3059,90	32,20	95			
	المجموع	3159,96		99			
المحيط	تباين بين المجموعات	615,91	153,97	4	1,14	0,33	**لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى0.05**
	تباين داخل المجموعات	12748,27	134,19	95			
	المجموع	13364,19		99			
الدرجة الكلية	تباين بين المجموعات	1026,81	256,70	4	0,56	0,69	**لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى0.05**
	تباين داخل المجموعات	43358,89	456,4	95			
	المجموع	44385,71		99			

يتضح من الجدول أعلاه انه لا توجد فروقات في نوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وهو مايعني عدم تحقق الفرض.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مها عبد الرحمن(2002) والتي أكدت علي عدم وجود فروقات في نوعية الحياة والحالة الاجتماعية لدى مرضى الاكتئاب. وتتفق أيضا مع دراسة مركز أبحاث نوعية الحياة بالدنمارك التي تثبت بأنه لا علاقة لنوعية حياة الفرد بحالته الاجتماعية وإنما تتعلق بكيفية ما يشعر به الفرد تجاه نفسه.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بانه عند اصابة أحد أفراد الاسرة بالمرض تهب الاسرة كلها دون تحديد لحلة افردها ويتعاونون مع بعضهم البعض لدفع هذا الملم. وعند حجز المريض بالمستشفى يقوم أحد افرد الاسرة بلمكوث معه وممارضته(المرفق) ويكون هذا المرفق مدعوم من الاسرة

في هذه لفترة، بالاضافة الي ان الالتزامات الواقعةعلى المرافقين واحدة لا تختلف منمرافق واخر وكذلك المهام والوجبات الملقاة عليهم لذا تختفي الفروق في نوعية الحياة لدى المرافقين اي كانـت حالتهم الاجتماعية. كما ان اغلب الاسر التي تحضر مع مرضاهم بالمستشفيات المختلفة يعـانون من الحالة الاقتصادية التي يمر بها السودان حاليا. كما المرفق يجد العون والمساندة والدعم مـن الاصدقاء والمجتمع الذي يعيش فيه ويتمثل ذلك في االدعم المادي والعيني المتمثل في الزيـارات التي يقمون بها له في المستشفى والسؤال عنه وعن احوال المريض

الخاتمـــــــــة

وفي خاتمة هذا البحث نستعرض أهم النتائج التي توصلت اليه هذه الدراسة وهي:-

1- تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بالارتفاع.

2- توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام

3- لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث من مرافقي مرضى الفصام.

4- وجود علاقة ارتباطيه طردية في الضغوط النفسية لمتغير المستوى التعليمي لـدى مرافقـي مرضى الفصام.

5- لا توجد فروق في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرافقي مرضى الفصام.

6- توجد فروق في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام لصالح الأرامل على المنفصلين

7- توجد فروق في نوعية الحياة بين الذكور والإناث المرافقين لمريض الفصام لمصلحة الذكور.

8- توجد علاقة طردية في نوعية الحياة للمستوى التعليمي لمرافق مريض الفصام.

9- لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى للحالة الاجتماعية لمرافق مريض الفصام.

ونخلص من هذه الدراسة إلي العديد من التوصيات النظرية والعملية:-

1- عمل مقترح لبرنامج ارشادي وعلاجي لاسرة مريض الفصام

2- ادخال قياس نوعية الحياة في برامج علاج مرضى الفصام كمتغير اساسي في عملية العـلاج للمريض واسرته.

3- عمل دورات نوعية وتثقيف بمرض الفصام وكيفية التعامل مـع المـريض داخـل الاسـرة والمجتمع.

4- إنشاء مكاتب للاحصاء بمراكز العلاج النفسي وتصنيف الامراض النفسية المختلفـة، سـواء التي يتم حجزها بالمستشفى أو التي تاتي للمتابعة بالعيادات الخارجية.

5- الكشف عن نوعية حياة أسر مرضى الفصام والعوامل المؤثرة عليها والعمل على حلها.

6- الكشف عن معاناة أسر مرضى الفصام من وصمة المرض النفسي والعمل على أزالتها.

7- ايجاد مقياس لقياس نوعية حياة أسر المرضى النفسانيين عموماً ومرضى الفصام خصوصاً.

8- تدريب الباحثين على تطبيق مقاييس نوعية الحياة لاسر المرضى النفسانيين وللمرضى علـى كل على حدى.

المراجع باللغة العربية

1- القران الكريم.

2 - إبراهيم بخيت عثمان 1996م: التدين كإستراتيجية للتعامل مع أحداث الحياة الـضاغطة، دار الحكمة للطباعة والنشر.

3- إبراهيم، عبد الستار1998م : الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة، الكويت.

4- إبراهيم،عبد الستار وآخرون 1999م:علم النفس الاكلينكى فـي ميـدان الطـب النفسي، جامعة الملك فهد،(ط2).

5- إبراهيم، عبد الستار وآخرون دراسته2003م: علم النفس سه ومعالم

6- أبو الفداء محمد عزت 1995م: وداعاً للقلق والتوتر، دار القادسية للنشر والتوزيع، جدة.

7- الرشيد، هارون توفيق1999م: الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة .

8- المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمـراض 1999م: تـصنيف الاضـطرابات النفـسية والسلوكية، الأوصاف السريرية(الاكلينيكية) والدلائل الارشادية التشخيـصية، منظمـة الـصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

9- المرشد في الطب النفسي 1999م: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، الإسكندرية.

10- المنجد في اللغة والأعلام 1973م: دار الشروق بيروت، .

11- الشربيني، لطفي 2003م: الطب النفسي وهموم الناس، منشاة المعارف، الإسكندرية.

12- الخالدي، أديب2001م : الصحة النفسية، الدار العربية للنشر والتوزيع، المكتبة الجامعيـة، غريان.

13- إسماعيل، بشرى 2001م: ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، مكتبة الانجلو المـصرية، القاهرة.

14- أسعد، يوسف ميخائيل1986م : علم الاضطرابات السلوكية، مؤسـسة النـوري للطباعـة، دمشق- سورية.

15- جابر، عبد الحميد جابر علاءالدين كفافي 1992م: معجم علم النفس والطـب النفـسي، دار النهضة العربية، القاهرة، الطبعة السادسة.

16- جرجس، ملاك1983م : سيكولوجية الإدارة والإنتاج، الدار العربية للكتاب، تونس.

17- الأحمدي، حنان عبد الرحيم2002م : ضغوط العمل لدى الأطباء المـصادر والأعـراض، إدارة الطباعة والنشر السعودية، الرياض.
18- خليفة، سمية على: الأعراض الموجبة والسالبة في عينـة مرضـى الفـصام، بمستـشفى الخرطوم التعليمي. رسالة دكتورة غير منشورة 1994.
19- دافيد وف، ل. لندا 1983م: مدخل علم النفس، ترجمـة سـيد الطـواب، دار ماكروهيـل، القاهرة- مصر.
20- رجاء، محمود ابوعلام2001م : مناهج البحث في العلوم النفـسية والتربويـة، دار النـشر الجامعي، القاهرة، الطبعة الثالثة.
21- زهران، حامد عبد السلام1987م : الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القـاهرة- مصر.
22- زهران، حامد عبدا لسلام2005م : الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القـاهرة- مصر.
23- زيور، مصطفى1986م : في النفس، دار النهضة العربية، بيروت- لبنان.
24- ستورا، جان بنجامين1997م : الإجهاد، منشورات عويدات، بيروت- لبنان.
25- شيخاني، سمير2003م : الضغط النفسي طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتيـة والمـداوة، دار الفكر العربي، بيروت.
26- كمال، علي1987م : فصام العقل (شيزوفرينيا)، دار واصف للطباعة والنشر، بغداد.
257- فهمي، مصطفى1998م : الصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة، الطبعة الخامسة.
28- عبد الفتاح، غريب1988م : دراسة الضوضاء في بيئة العمل على بعض المتغيرات النفسية للعاملين، مركز التنمية البشرية، الجيزة.
29- العيسوي، عبد الرحمن1982م : نظريات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
30- الطبري، عبد الرحمن1994م :الضغط النفسي مفهومه وتشخيصه وطرق علاجه ومقاومته، شركة مطابع الصفحة الذهبية.
31- عبد العزيز السيد الشخص، زيدان السرطاوي1998م : الضغوط النفسية لدى اولياء أمـور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها، الرياض، مركز البحوث التربوية.
32- عكاشة، أحمد2003م : الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
33- عكاشة، أحمد1998م : الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، الطبعـة الثالثة

34- علي عساكر1998م : ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق)، دار الكتب الحديث، القاهرة.
35- فايد، حسين2001م : الاضطرابات السلوكية (تشخيصها وأسبابها وعلاجها) طيبـة للنـشر والتوزيع، حلوان.
36- السيد، فواد البهي 1980م : علم النفس الاجتماعي، دار الفكر العربي، القاهرة ()
37- ابادي، مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز1993م : القاموس المحيط ، الطبعـة الثالثـة، بيروت.
38- محمد، سلامة منصور1998م : رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفـسية، المعهـد العلمـي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
39- كامل، محمد علي2004م : الضغوط النفسية ومواجهتها، مكتبة ابن سيناء للطباعة والنـشر والتوزيع، القاهرة.
40- ياسمين، عطوف محمود1988م : أسس الطب النفسي الحديث، منشورات بحوث الثقافة، دار العلم للملاين.

الرسائل والدوريات:

1- الأمارة، اسعد شريف1990م : علاقة الضغوط التعامل معها بالخصائص العصبية لدى طلبـة الجامعة، رسالة دكتورة غير منشورة، الجامعة المستنيرة بغداد..
2- - سعاد موسى: نوعية الحياة لدى ربات البيوت وعلاقتها ببعض المتغيـرات الديموغرافيـة، رسالة دكتورة غير منشورة، جامعة الخرطوم-(2000)
3- منتصر كمال الدين: نوعية الحياة وعلاقتها بالتوافق الانفعالي والتحصيل الدراسي لدى طب جامعة الامام المهدي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية،(2006
4- مها عبد الرحمن: نوعية الحياة لـدى مرضـى الاكتئـاب وعلاقتهـا بـبعض المتغيـرات الديموغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب (2002) .
5- - وفاء مالك إبراهيم حيدوب: الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى الصرع، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزيرة (2002).
6- دسوقي، راوية محمود حسين: أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالاكتئاب لدى المـراهقين، مجلة كلية التربية بطنطا، (13) أكتوبر1991 .
7- شقير، زينب محمد: الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى الطالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد السادس- السنة الخامسة، جامعة عين شمس(1997).

8- موسى جبريل: تقديرات الأطفال لمصادر الضغوط النفسي لديهم وعلاقتها بتقـديرات إبـائهم وأمهاتهم، مجلة دراسات- الجامعة الأردنية-عمان، المجلد (1022) العد الثالث، 1995.

المراجع باللغة الانجليزية:-

1- Avis N, Smith K. Conseptual and methodological issues in selection and developing quality of life measures. In : Albrecht G , Frizpatrick R, editors. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of american life: Perceptions,evaluation, and stasfaction. N.Y: Russell Sage Foundation;1976.

2- Cella D, Looyd S, Wright B. Cross-cultural instrument equating: Current reserch and future diirection. In: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Philadelphia: Lippincoott-Raven;1996. p. 1259.

3- Berzon R, Mauskopf J, Simeon G. Choosing ahealth profile (decriptive) andl\ or apatient-preference(utility) measure for clinical trial. IN: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials philladelphia: Lippincott-Raven;1996. p. 1259.

4- Bishop M, Allen CA . The impact of epilepsy on quality of life : A qualitative analysis. Epilepsy & Behavior . 2003;4(3):226 .

5- Bishop M, Feist-Price S. Quality of life in rehabilitation counseling : Making the philosophical . Rehabilitation Education. 2001, 15(3):201-12.

6- Bond A. Quality of life for criticalcare patients: A concept analysis. Amercan Journal Of Critical Care : An Officical Publication, American Association Of Critical-Care Nurses . 1996;5(4):309-13 .

7- Bonham GS, Basehrt S, Schalock RL, Marchand CB, Kirchner N, Rumcnap JM. Consumer – based quality of life assessment: The maryland ask me ! Project. Mental Retardation. 2004;42(5):338-55 .

8- Dalky N, Rourke D. The delphi procedure and rsting quality of life factors. In: Dalkey N, Rourke D, editors. The quality of life consept . Washington, District of Columbia: Environment Protection Agency; 1973.p.209-21 .

9- Felce D, Perry J, Renwick R, Brown I, Nagler M, Exploring current conceptions of quality of life: Amodel for people with and without disabilities. Quality of life in healt promotion and rehabilitaion : Conceptual approaches, issues , and applications : Sage Publications , Inc; 1996.p.51-62.

10- Felce D, Perry J . Quality of life : Its definitio and measurement. Research In Developmental Disabilities . 1995;16(1):51-74 .

11- Frish MB, Quality of life assessment/ intrevention and the quality of life inventory- super(tm)(qoliR). The use of psychogical testing for treatment planning and outcomes assessment(2nd ed): Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999.p.1277-331.

12-Guyatt G, Jaeschke R. Measurements in clinical trials: Choosing the appropriate approach. IN: Spilker B, editor. Quality of life assessment in clinical trials. New York: Raven press; 1990. p. 37-46.
13- Holmes S, Dickerson J. The quality of life: Design and evaluation of self-assessment instrument for use with canacer patients. International Journal of Nursing Studies
14-Jalowiec A. Issues in using multiple measures of quality of life . Seminars in Oncology Nursing . 1990;6(4):271-7 .
15- Karnofsky D, Burchenal J .The clinical evaluation of chemotherapeutic in cancer. In: Maclead C, editor. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press; 1947
16-Kendall G, Wickham G. using foucaults methhodon: Sage;1999.
17- Krupinski J. Health and quality of life. Social Science & Medicine Medical Psychology & Medical Sociolgy. 1980; 14A (3):203-11.
18-LaMendola W, Pellegrini R. Quality of life and coronary artery bypass surgery patints.Social Science & Medicine. 1979;13A(4):457-61.
23-Lazarus, R.S. (1976): Patterns of adjustment(3rd ed.): Mc Graw- Hill Book Company, New York.
19-LindholtJ, Ventegodt S, Henneberg E. Development and validation of qol5 for clinical databases. Ashort, golbal and generic questionnaire based on an integrated theory of the quality of life. European Journal of surgery 2002; 168(2): 107-13.
20-Mccall, Quality of Life- social indcation research 2p229- 248- Quality of life recerch unit university of toronto 1975http:\\ www. Total.
21- Martin AJ, Stockler M. Quality-of-life assessment in health care research and Evalution & the Health Professions. 1998;21(2):141 .
28- SerdoD. Health related quality of life: Aconcepet analysis.West African Journal of Nursing. 2004;15:9-19
22- Spilker B, Revicki D. Taxonomy of quality of life. In: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomic in clinical trials. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.p.25-31.
23- Sirgy M, Michalos A , Ferriss A, Easterlin R, Patrick D, Pavot W . The qualityity-of- life (qol) research movement: Past, present, and future. Social Indicators Research. 2006; 76(3):343-466.
24-Shin D, Johnson D. Avowed happiness as an overal assessment of quality of life Social Indicators Reserch. 1978(5):475-92.
25- Rosenberg R .Health related quality of life between naturalism and hermeneutics. Social Science& Medicine (1982). 1995, 41(10):1411-5.
34-VeenhovenR,Happy life-expectancy.Social Indicators Reserch.1996;39(1):1.

26- WHOQOL. The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organizition. Social Science & Medicine.
27.http://www.alfesam.com/index.php2peg:man-nohareb.alwasms

ملحق رقم (1)

خطاب موجه للمحكمين

جامعة الخرطوم-كلية الدراسات العليا

علم النفس

السيد/...

السلام عليكم ورحمة الله تعالي وبركاته

وبعد

أضع بين يديكم مسودة للمقاييس التي ارغب في تطبيقها في أطروحتي لنيل درجة الماجستير في علم النفس وهي:

1/ مقياس نوعية الحياة.

2/ مقياس الضغوط النفسية.

راجياً منكم التكرم بالإطلاع عليها وإجراء التعديلات الأزمة والتوجيهات بما ترونه مناسباً.

ودمتم ذخراً بفيض علمكم.

مشكلة الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى مرافقي مرضي الفصام بمراكز العلاج النفسي. ولذلك تتلخص المشكلة في الآتي:

1/ ماهي سمة الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضي الفصام.

2/ هل توجد علاقة إرتباطية بين نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى مرافقي مرضي الفصام.

3/ هل توجد فروق في مقياس نوعية الحياة لدى مرافقي مرضي الفصام تعزي لبعض المتغيرات الديموغرافية(النوع ، مستوى التعليم ،الحالة الاجتماعية).

5/ هل توجد فروق في مقياس الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضي الفصام تعزي لبعض المتغيرات الديموغرافية(العمر ، النوع ، مستوى التعليم ، الحالة الاجتماعية).

فروض الدراسة:

تمثلت فروض الدراسة في الآتي:

1/ تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضي الفصام بالارتفاع.
2/ توجد علاقة إرتباطية بين نوعية الحياة والمتغيرات الدمغرافية(النوع ، التعليم، الحالة الاجتماعية) لدى مرافقي مرضي الفصام.
3/ توجد علاقة إرتباطية بين الضغوط النفسية والمتغيرات الدمغرافية(العمر، النوع ،التعليم ، والحالة الاجتماعية) لدى مرافقي مرضي الفصام.
4/ توجد علاقة إرتباطية عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضي الفصام.

وجزاكم الله خيراً

مقدم الطلب
الطالب/ إبراهيم عبد الرحيم إبراهيم

ملحق رقم (2)
الصورة الاصلية لمقياس نوعية الحياة

يقصد بمصطلح نوعية الحياة حسب ما أورد أبوسن(1986م)(المستوي الاقتصادي والاجتماعي والحضاري الذي يجب أن يتوفر للإنسان ليحيا حياة كريمة بالقياس بالحد الادني الذي أوصت به الجنة الدولية لحقوق الإنسان وذلك بان لكل إنسان الحق في مستوي من المعيشة كافي للحفاظ علي صحتة ورفاهيتة هو وأسرته ويشمل الغذاء والمسكن والملبس والرعاية الصحية) ولنوعية الحياة مكونان هما المكون المادي (نوع العمل ،الدخل الشهري ،وسائل النقل والموصلات والتعليم) والمكون المعنوي(الزواج والأطفال، العلاقات والتفاعل الاجتماعي مع أفراد المنزل والجوار والمجتمع).

بنود المقياس:

الجدول التالي يوضح بنود المقياس

رقم	العـــــــــــــــــــــبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
1	اشعر أن صحتي أفضل					
2	أعاني من مشكلات في معدتي					
3	أعاني من اضطرا بات في نومي					
4	أعاني من الألم في ظهري					
5	أعاني من الصداع					
6	أعاني من الإجهاد الذهني نتيجة للروتين اليومي					
7	أعاني من احتمال إصابتي بأمراض نتيجة لضغوط العمل					
8	أعاني من عدم الاستقرار الصحي					
9	اشعر أن نوعية حياتي تنعكس علي صحتي					
10	دخلي المالي يمكنني من شراء الأشياء التي احتاجها					
11	وضعي الاقتصادي أفضل وسط زملائي					
12	مشكلتي المالية تضجرني					
13	أنا مادي وزوقي مكاف					
14	احتاج لتخطيط منصرفاتي وفقاً لدخلي					
15	اعمل بجانب عملي في المؤسسة لتحسين وضعي المالي					
16	أبدد أموالي دون طائل					
17	أتحلي بالصدق					

18	أتحلي بالأمانة					
19	اشعر بالذنب لتقصيري تجاه ربي					
20	ابر بوالدي					
21	اشعر إنني أضيع معظم وقتي في العمل					
22	أجد المساندة الانفعالية من زملائي في العمل					
23	تتوفر فرص التدريب في عملي					
24	تتوفر فرص الترقي في عملي					
25	لدي وقت للترفيه والاستجمام					
26	لا اعرف بما ذا ارفه عن نفسي					
27	احتاج لهوايات أخري لزيادة نشاطي الترفيهي					
28	توفر وقت يجعلني راض عن نوعية حياتي					
29	ارفه عن نفسي بمشاهدة السينما					
30	ارفه عن نفسي بممارسة ألرياضه					
31	احبذ الطرق الجديدة في التعامل					
32	أستطيع التركيز في شئ واحد لفترة طويلة من الزمن شعوري باني مبدع يجعلني راضي عن نوعية حياتي					
33	تناسب عملي ما تعلمته سابقا يجعلني راض عن نوعية حياتي					
34	أشجع الآخرين في تجاوز المشكلات التي تواجههم					
35	أساعد الآخرين في الكوارث					
36	اشعر بالذنب لعدم قدرتي علي مساعدة من يحتاج للمساعدة					
37	استمتع بقضاء اكبر وقت مع من أحب					
38	مشاعري تجاه من احب غير صادقة					
39	لا أتردد في ترك من أحب في أي وقت					
40	لدي رغبة أكيدة في تعدد علاقاتي العاطفية					
41	اشعر أن الاهتمام من أحبابي يقل بمرور الوقت					
42	أستطيع انتقاء أصدقاء خاصين					
43	أحب أن يكون لي أصدقاء خارج المنزل					

					شعوري بالنقص في حب اصدقائي لانني لا أحب نفسي	44
					أبزل لأصدقائي كل ما املك	45
					الصداقة بالنسبة لنوعية حياتي مهمة	46
					اهتم بمراجعة الدروس مع الأطفال	47
					استمتع بصحبة الأطفال في مكان ترفيههم	48
					حمل الأطفال يجلب لي السعادة	49
					أراقب جيدا نمو الأطفال	50
					أتبادل الزيارات مع إخوتي	51
					احرص على مشاركة أقاربي في مناسبات هم	52
					علاقتي الايجابية بأقاربي تجعلني راضى عن نوعية الحياة	53
					اشعر أن منزلي جاذب للسكن فيه	54
					منزلي متسع لكل أمتعتي	55
					منزلي مخطط بصورة تترك خصوصية لكل سأكنيه	56
					منزلي في موقع طبيعي جاذب	57
					اشعر أن إيجار المنزل الذي اسكن به باهظ	58
					تتوفر الميادين في المنطقة التي اسكن بها	59
					يتعاون جيراني مع بعضهم في المناسبات	60
					يتوفر الماء الصحي في منطقتي	61
					تتوفر الخدمات الصحية بمنطقتي	62
					تتوفر حدائق للترفيه بمنطقتي	63
					تتميز منطقة سكني بتوفر المدارس	64
					تتوفر خدمات السلع الجيدة بمنطقتي	65
					يتفهم المجتمع الذي اسكن معه ثقافة الآخرين	66
					اشعر بأهمية المجتمع في رضائي عن نوعية حياتي	67

ملحق رقم(3)

الصورة الاصلية لمقياس الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام

رقم	العبـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادراً	لا يحدث
1	أشعر بالقلق لمعانة أحد أفراد اسرتي بالفصام					
2	أعاني من الم مستمر كلما تذكرت ما يعانيه أحد افراد اسرتي من الفصام .					
3	أعاني من اضطرابات في الامعاء نتيجة لاصابة أحد من اسرتي بالفصام .					
4	أشعر أن أسرتي مهددة بالانهيار					
5	أشعر أن حيلتي قد تحطمت لإصابة أحد أسرتي بالفصام .					
6	أشعر ان الاخرين ينظرون لي نظرة دونية بسبب وجود مريض للفصام في اسرتي .					
7	اعتقد أن وجود مريض فصام في الاسرة يعد كارثة كبيرة لها .					
8	إن اصطحابي لمريض الفصام خلال العطلة يفسد على المتعة.					
9	أشعر أن كل مانفعله مع المريض يعد جهداً ضائعاً.					
10	تزعجني كثرة التعليمات والتوجيهات التي يتعين إعطاؤها للمريض .					
11	أشعر أن وضع الاسرة الاجتماعي سوف يعاني كثيراً بسبب وجود مريض الفصام .					
12	أعتقد أنه لا جدوى من محاولة تعليم المريض بالفصام ولو مهنة بسيطة .					
13	يؤلمني إحجام الناس عن الزواج من اسرتنا بسبب وجود مريض الفصام في الاسرة .					
14	يؤلمني أن أرى سلوكيات غير مقبولة من مريض الفصام في اسرتي .					
15	يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك مريض الفصام في					

	الاسرة .					
16	يصعب عليّ التعامل مع مريض الفصام في الاسرة.					
17	أعتقد أن مريض الفصام يحتاج الي توجيه ومراقبة مستمرة					
18	لا يمكنني زيارة أصدقائي وقت ما أشاء لوجود مريض الفصام .					
19	يتخلى أفراد الاسرة عن الكثير من الضروريات بسبب وجود مريض الفصام .					
20	أتجنب الحديث مع الاخرين عن إصابة أحد أفراد الاسرة بالفصام .					
21	أشعر بالحرج والارتباك بسبب وجود مريض الفصام في اسرتي .					
22	أعتقد أن مريض الفصام يمثل مشكلة للأسرة .					
23	أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة المريض بالفصام في اسرتي .					
24	أعتقد انه لا جدوى من محاولة تعليم مريض الفصام ولو مهنة بسيطة .					
25	أشعر بالقلق حينما أفكر في مصير مريض الفصام في اسرتي .					
26	أشعر بالاحباط حين أجد أن مريض الفصام في اسرتي لن يعيش حياة طبيبعية .					
27	يؤلمني الشعور بان مريض الفصام لا يستطيع الاعتماد على نفسه					
28	أشعر بالاحباط تجاه اسلوب حياة مريض الفصام .					
29	أشعر بأن إمكانيات مريض الفصام محدودة بحيث لا يتمكن من اداء مهام الحياة اليومية .					
30	أشعر بالقلق عندما أقصُر في رعاية مريض الفصام					
31	أتمنى لو كان وجود المريض بالفصام في اسرتي مجرد حلم					

	مزعج سوف أفيق منه .					
32	أشعر بالاسى من الصورة المشوهة التي تقدمها وسائل الاعلام عن مريض الفصام .					
33	أشعر بالحزن لعدم اعتماد المريض على نفسه في ارتداء ملابسه .					
34	أشعر بالحزن لعدم مقدرة أحد افراد اسرتي استخدام الحمام بنفسه .					
35	يحزينني عدم مشاركة المريض في الالعاب الرياضية .					
36	أحزن لعدم تحكم المريض في التحكم في حركته .					
37	يصعب على مريض الفصام في اسرتي تعلم المهارات البسيطة .					
38	يزعجني أن مريض الفصام لا يستطيع المحافظة على نظافته					
39	يقلقني أن متطلبات رعاية مريض الفصام في اسرتي يفوق قدراتي المالية .					
40	أشعر أن الناس لا يراعون مشاعر أسرة مريض الفصام .					
41	أشعر بأنني تخليت عن الكثير من الاشياء التي طالما تمنيتها بسبب وجود مريض الفصام .					
42	متطلبات رعاية مريض الفصام في اسرتي كثيرة ومرهقة بالنسبة لنا .					
43	يصعب على أسرة مريض الفصام وضع خطط في المستبل .					
44	يؤلمني عدم توافر الدعم الناسب لاسرة مريض الفصام .					
45	يزعجني أن مريض الفصام في اسرتي عواني بصورة لا تطاق .					

ملحق رقم(4)

مقياس نوعية الحياة

بعد عرضه على المحكمين

الأخ الكريم / الأخت الكريمة

محتويات هذا المقياس موضوع دراسة لنيل درجة الماجستير في علم النفس لذلك يرجى منك الإجابة عليها من واقع سلوكك الفعلي راجين منك مراعاة الدقة والصدق في الإجابة على الأسئلة الواردة فيه حتى تحقق الدراسة أغراضها . مع الثقة التامة بأن أي إجابة ترد تعتبر سرية ولن يطلع عليها غير الباحث ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي وليس مطلوباً أن تكتب اسمك أو ما يشير إلي شخصيتك ، مع العلم بأنه ليس هنالك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة صحيحة طالما أنها تعبر بصدق ودقة عن واقع سلوكك الفعلي.

معلومات عن المرافق :-

النوع : ذكر ( ) ، أنثى ( )

العمر:أقل من – 35 ( ) 36 – 46 ( ) 47 وما فوق ( )

المستوى التعليمي : أمي ( ) ابتدائي ( ) أساس ( ) متوسطة ( )

ثانوي ( ) جامعي وفوق الجامعي( )

الحالة الاجتماعية: عاذب( ) متزوج( ) مطلق( ) أرمل( ) منفصل ( )

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لايحدث
1	أشعر أن صحتي أفضل					
2	أعاني من مشكلات في معدتي					
3	أعاني من آلام في ظهري					
4	أعاني من الصداع					
5	أعاني من الإجهاد الذهني					
6	أشعر بأنني على وشك الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة					
7	دخلي المادي يمكنني من شراء الأشياء التي احتاجها					
8	وضعي الاقتصادي أفضل وسط زملائي					
9	مشكلتي المادية تضجرني					
10	اصرف ببذخ على نفسي					
11	احتاج لتخطيط منصرفاتي وفقاً لدخلي					
12	أتحلى بالصدق والأمانة					
13	أشعر بالتقصير تجاه ربي					

14	ابر بوالدي					
15	أشعر إنني أضيع معظم وقتي في العمل					
16	أجد المساندة الانفعالية من زملائي في العمل					
17	لدي وقت للترفيه والاستجمام					
18	أحتاج لهوايات أخرى لزيادة نشاطي الترفيهي					
19	أرفه عن نفسي بمشاهدة السينما					
20	ارفه عن نفسي بممارسة الرياضة					
21	أحبذ الطرق الجديدة في التعامل					
22	أستطيع التركيز في شيء وأحد لفترة طويلة من الزمن					
23	أشجع الآخرين في تجاوز المشكلات التي تواجههم					
24	أساعد الآخرين في الكوارث					
25	أشعر بالذنب لعدم قدرتي على مساعدة من يحتاج للمساعدة					
26	أستمتع بقضاء بعض الوقت مع من أحب					
27	مشاعري تجاه من أحب غير صادقة					
28	لا أتردد في ترك من أحب					
29	أشعر أن الاهتمام من أحبابي يقل بمرور الوقت					
30	أستطيع انتقاء أصدقاء خاصين					
31	أحب أن يكون لي أصدقاء خارج نطاق الأهل					
32	أشعر بان حب أصدقائي لي يتناقص					
33	أبذل لأصدقائي كل ما املك					
34	أهتم بمراجعة الدروس مع الأطفال					
35	أستمتع بصحبة الأطفال في مكان ترفيههم					
36	حمل الأطفال يجلب لي السعادة					
37	أرقب جيداً نمو الأطفال					
38	أتبادل الزيارات مع أخوتي					
39	أحرص على مشاركة أقاربي في مناسباتهم					
40	يتعاون جيراني مع بعضهم في المناسبات					

41	يتوفر الماء الصحي في منطقتي					
42	تتوفر الخدمات الصحية بمنطقتي					
43	تتوفر خدمات السلع الجيدة بمنطقتي					
44	يتفهم المجتمع الذي اسكن فيه ثقافة الآخرين					

ملحق رقم(5)

مقياس الضغوط النفسية لمرافق مريض الفصام

بعد عرضه على المحكمين

الرقم	العبـــارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
1	أشعر بالقلق لمعانة أحد أفراد أسرتي من مرض الفصام					
2	أعاني من الم مستمر كلما شاهدت معانة أحد أفراد أسرتي من مرض الفصام					
3	اشعر بان أسرتي مهددة بالانهيار بسبب مريض الفصام بها					
4	أشعر بأن حياتي قد تحطمت لإصابة أحد أفراد أسرتي بمرض الفصام					
5	أشعر بأن الآخرين ينظرون لي نظرة دونية بسبب وجود مريض الفصام في أسرتي					
6	اشعر أن وجود مريض للفصام في الأسرة يعد كارثة كبيرة لها					
7	أن اصطحابي لمريض الفصام خلال العطلة يفسد على المتعة					
8	تزعجني التعليمات والتوجيهات التي يتعين إعطاؤها لمريض الفصام بأسرتي					
9	اشعر أن وضع أسرتي الاجتماعي يهتز كثيراً بسبب وجود مريض الفصام بها					
10	أشعر بأن محاولات تعليم مريض الفصام أئ مهنة مجهود ضائع					
11	تؤرقني فكرة إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب وجود مريض للفصام بها					
12	يؤلمني أن أرى سلوكيات غير مقبولة من مريض الفصام الذي بأسرتنا					
13	يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك مريض الفصام في الأسرة					
14	يصعب علي التعامل مع مريض الفصام في الأسرة					
15	تزعجني حاجة مريض الفصام للمراقبة المستمرة					
16	وجود مريض بالفصام بأسرتنا جعلتني اقلل من زيارة أصدقائي					
17	يتخلى أفراد الأسرة عن الكثير من الضروريات بسبب وجود مريض الفصام بها					
18	أتجنب الحديث مع الآخرين عن إصابة احد أفراد أسرتي بمرض الفصام					

					أشعر بالحرج بسبب وجود مريض الفصام في أسرتي	19
					أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة المريض بالفصام في أسرتي	20
					أشعر بالقلق حينما أفكر في مصير مريض الفصام في أسرتي	21
					أشعر بالإحباط حين أجد أن مريض الفصام في أسرتي لن يعيش حياة طبيعية	22
					أشعر بالإحباط تجاه أسلوب حياة مريض الفصام في أسرتي	23
					أشعر بان إمكانيات مريض الفصام محدودة بحيث لا يتمكن من أداء مهام الحياة اليومية	24
					أشعر بالأسى من الصورة المشوهة عن مريض الفصام لدى غالبية الناس	25
					أشعر بالحزن لعدم اعتماد مريض الفصام على نفسه في ارتداء ملابسه	26
					يحزنني عدم مشاركة مريض الفصام في الألعاب الرياضية	27
					احزن لعدم تمكن مريض الفصام من التحكم في حركته	28
					يزعجني أن مريض الفصام في أسرتنا لا يحافظ على نظافته	29
					يقلقني أن متطلبات رعاية مريض الفصام في أسرتي تفوق قدراتي المادية	30
					أشعر أن الناس لا تراعي مشاعر أسرة مريض الفصام	31
					أشعر بأنني تخليت عن الكثير من الأشياء التي طالما تمنيتها بسبب وجود مريض الفصام بالأسرة	32
					متطلبات رعاية مريض الفصام في أسرتي كثيرة ومرهقة بالنسبة لنا	33
					يصعب على مريض الفصام وضع خطط في المستقبل	34
					يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب لأسر مرضى الفصام	35
					يزعجني أن مريض الفصام في أسرتي عدواني بصورة لا تطاق	36

ملحق رقم(6)

مقياس نوعية الحياة

الصورة النهائية

الأخ الكريم / الأخت الكريمة

محتويات هذا المقياس موضوع دراسة لنيل درجة الماجستير في علم النفس لذلك يرجى منك الإجابة عليها من واقع سلوكك الفعلي راجين منك مراعاة الدقة والصدق في الإجابة على الأسئلة الواردة فيه حتى تحقق الدراسة أغراضها . مع الثقة التامة بأن أي إجابة ترد تعتبر سرية ولن يطلع عليها غير الباحث ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي وليس مطلوباً أن تكتب اسمك أو ما يشير إلي شخصيتك ، مع العلم بأنه ليس هنالك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة صحيحة طالما أنها تعبر بصدق ودقة عن واقع سلوكك الفعلي.

معلومات عن المرافق :-

النوع : ذكر (   ) ، أنثى (   )

العمر: أقل من – 35 (   ) 36 – 46 (   ) 47 وما فوق (   )

المستوى التعليمي : أمي (   ) ابتدائي (   ) أساس (   ) متوسطة (   )

ثانوي (   ) جامعي وفوق الجامعي(   )

الحالة الاجتماعية: عاذب(   ) متزوج(   ) مطلق (   ) أرمل(   ) منفصل(   )

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــــــــــــــــارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لايحدث
1	أشعر أن صحتي أفضل					
2	أعاني من مشكلات في معدتي					
3	أعاني من آلام في ظهري					
4	أعاني من الصداع					
5	أعاني من الإجهاد الذهني					
6	أشعر بأنني على وشك الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة					
7	دخلي المادي يمكنني من شراء الأشياء التي احتاجها					
8	وضعي الاقتصادي أفضل وسط زملائي					
9	مشكلتي المادية تضجرني					
10	اصرف ببذخ على نفسي					
11	احتاج لتخطيط منصرفاتي وفقاً لدخلي					
12	ابر بوالدي					
13	لدي وقت للترفيه والاستجمام					

14	أحتاج لهوايات أخرى لزيادة نشاطي الترفيهي					
15	أرفه عن نفسي بمشاهدة السينما					
16	ارفه عن نفسي بممارسة الرياضة					
17	أحبذ الطرق الجديدة في التعامل					
18	أستطيع التركيز في شيء وأحد لفترة طويلة من الزمن					
19	أشجع الآخرين في تجاوز المشكلات التي تواجههم					
20	أساعد الآخرين في الكوارث					
21	أستمتع بقضاء بعض الوقت مع من أحب					
22	مشاعري تجاه من أحب غير صادقة					
23	لا أتردد في ترك من أحب					
24	أشعر أن الاهتمام من أحبابي يقل بمرور الوقت					
25	أستطيع انتقاء أصدقاء خاصين					
26	أحب أن يكون لي أصدقاء خارج نطاق الأهل					
27	أشعر بان حب أصدقائي لي يتناقص					
28	أبذل لأصدقائي كل ما املك					
29	أهتم بمراجعة الدروس مع الأطفال					
30	أستمتع بصحبة الأطفال في مكان ترفيههم					
31	حمل الأطفال يجلب لي السعادة					
32	أرقب جيداً نمو الأطفال					
33	يتعاون جيراني مع بعضهم في المناسبات					
34	يتوفر الماء الصحي في منطقتي					
35	تتوفر الخدمات الصحية بمنطقتي					
36	تتوفر خدمات السلع الجيدة بمنطقتي					
37	يتفهم المجتمع الذي اسكن فيه ثقافة الآخرين					

ملحق رقم(7)

مقياس الضغوط النفسية لمرافق مريض الفصام

الصورة النهائية

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــــــــــــــــارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لايحدث
1	أشعر بالقلق لمعانة أحد أفراد أسرتي من مرض الفصام					
2	أعاني من الم مستمر كلما شاهدت معانة أحد أفراد أسرتي من مرض الفصام					
3	اشعر بان أسرتي مهددة بالانهيار بسبب مريض الفصام بها					
4	أشعر بأن حياتي قد تحطمت لإصابة أحد أفراد أسرتي بمرض الفصام					
5	أشعر بأن الآخرين ينظرون لي نظرة دونية بسبب وجود مريض الفصام في أسرتي					
6	اشعر أن وجود مريض للفصام في الأسرة يعد كارثة كبيرة لها					
7	أن اصطحابي لمريض الفصام خلال العطلة يفسد على المتعة					
8	تزعجني التعليمات والتوجيهات التي يتعين إعطاؤها لمريض الفصام بأسرتي					
9	اشعر أن وضع أسرتي الاجتماعي يهتز كثيراً بسبب وجود مريض الفصام بها					
10	أشعر بأن محاولات تعليم مريض الفصام أئ مهنة مجهود ضائع					
11	تؤرقني فكرة إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب وجود مريض للفصام بها					
12	يؤلمني أن أرى سلوكيات غير مقبولة من مريض الفصام الذي بأسرتنا					
13	يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك مريض الفصام في الأسرة					
14	يصعب علي التعامل مع مريض الفصام في الأسرة					
15	تزعجني حاجة مريض الفصام للمراقبة المستمرة					
16	وجود مريض بالفصام بأسرتنا جعلتني اقلل من زيارة أصدقائي					
17	يتخلى أفراد الأسرة عن الكثير من الضروريات بسبب وجود مريض الفصام بها					
18	أتجنب الحديث مع الآخرين عن إصابة احد أفراد أسرتي بمرض الفصام					
19	أشعر بالحرج بسبب وجود مريض الفصام في أسرتي					
20	أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة المريض بالفصام في أسرتي					
21	أشعر بالقلق حينما أفكر في مصير مريض الفصام في أسرتي					
22	أشعر بالإحباط حين أجد أن مريض الفصام في أسرتي لن يعيش حياة					

					طبيعية	
					أشعر بالإحباط تجاه أسلوب حياة مريض الفصام في أسرتي	23
					أشعر بان إمكانيات مريض الفصام محدودة بحيث لا يتمكن من أداء مهام الحياة اليومية	24
					أشعر بالأسى من الصورة المشوهة عن مريض الفصام لدى غالبية الناس	25
					أشعر بالحزن لعدم اعتماد مريض الفصام على نفسه في ارتداء ملابسه	26
					يحزنني عدم مشاركة مريض الفصام في الألعاب الرياضية	27
					احزن لعدم تمكن مريض الفصام من التحكم في حركته	28
					يزعجني أن مريض الفصام في أسرتنا لا يحافظ على نظافته	29
					يقلقني أن متطلبات رعاية مريض الفصام في أسرتي تفوق قدراتي المادية	30
					أشعر أن الناس لا تراعي مشاعر أسرة مريض الفصام	31
					أشعر بأنني تخليت عن الكثير من الأشياء التي طالما تمنيتها بسبب وجود مريض الفصام بالأسرة	32
					متطلبات رعاية مريض الفصام في أسرتي كثيرة ومرهقة بالنسبة لنا	33
					يصعب على مريض الفصام وضع خطط في المستقبل	34
					يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب لأسر مرضى الفصام	35
					يزعجني أن مريض الفصام في أسرتي عدواني بصورة لا تطاق	36